

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 208

A propos du Traitement du Cancer du Haut-Rectum chez la Femme

*De l'ablation en bloc de
l'appareil utéro-annexiel et du rectum cancéreux*
(Voie abdomino-périnéale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ JACQUOT

Né le 1^{er} Janvier 1891, à Chaumont (Haute-Marne)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

A PROPOS DU TRAITEMENT DU CANCER
DU HAUT-RECTUM CHEZ LA FEMME

De l'ablation en bloc de
l'appareil utéro-annexiel et du rectum cancéreux

(Voie abdomino-périnéale)

MM. J. LEPINE.....	Doyen.
ROQUE.....	Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. TEISSIER	ROQUE
Cliniques chirurgicales		BARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....		TIXIER
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FABRE
Clinique neurologique et psychiatrique.....		ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		WEILL
Clinique des maladies des voies urinaires.....		POLLOSSON (A.)
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		ROCHET
Chimie biologique		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....		CLUZET
Matière médicale et Botanique.....		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		MOREL
Anatomie		MOREAU
Anatomie générale et Histologie.....		GUIART
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		DOYON
Anatomie pathologique		COLLET
Médecine opératoire		MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée.....		PAVIOT
Médecine légale		VILLARD
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		Etienne MARTIN
Pharmacologie		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BERARD, *Président*; M. TIXIER, *Assesseur*;
MM. PATEL et LERICHE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A propos du Traitement du Cancer du Haut-Rectum chez la Femme

*De l'ablation en bloc de
l'appareil utéro-annexiel et du rectum cancéreux
(Voie abdomino-périnéale)*



THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ JACQUOT

Né le 1^{er} Janvier 1891, à Chaumont (Haute-Marne)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546427_0073

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

LE DOCTEUR JOSEPH JACQUOT

Médecin de la reine Hortense

Médecin en chef de l'hôpital de Saint-Dié

LE GÉNÉRAL JACQUOT

Commandeur de la Légion d'honneur

LE MÉDECIN INSPECTEUR GÉNÉRAL F. JACQUOT

Professeur au Val-de-Grâce

A MON GRAND-PÈRE IRÉNÉE LANG

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PÈRE

Inspecteur principal des Eaux et Forêts

Chevalier de la Légion d'honneur

Dont l'énergie, les savants ouvrages
et l'amour du travail ont été un
exemple et un stimulant.

A MA MÈRE

Je leur dédie ce modeste travail, bien
faible témoignage de ma profonde
affection et de mon infinie recon-
naissance.

A MES FRÈRES MAURICE ET RAYMOND

Dont l'ardeur laborieuse a été un
encouragement.

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A LA MÉMOIRE DE TOUS MES CAMARADES
MORTS POUR LA FRANCE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

*Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur*

Pour le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette
thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici
l'expression de notre vive et respec-
tueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERTIN

*Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur*

Aux conseils et à la science duquel je
dois le meilleur de ma thèse.
Qu'il veuille bien accepter, avec nos
plus vifs remerciements, l'hommage
de notre profonde et respectueuse
reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIRAUD

*Chirurgien de l'Hôpital Saint-Luc
Chevalier de la Légion d'honneur*

Bien faible témoignage de profonde et
très sincère reconnaissance pour
l'affectueux et charmant accueil
qu'il nous a toujours témoigné du-
rant notre séjour à Lyon.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE
DE NANCY ET DE LYON
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Nous devons nos remerciements à

MONSIEUR LE DOCTEUR SANTY
Chirurgien des Hôpitaux

Qui voulut bien nous donner l'observation N° X que nous rapportons dans notre étude.

AVANT-PROPOS

Le traitement chirurgical du cancer du rectum est à l'ordre du jour. Devant la Société de Chirurgie de Paris, un grand nombre de chirurgiens ont exposé leurs idées à ce sujet. A Lyon, Richard a étudié la méthode du professeur Tixier, qui a inspiré sa thèse.

Dans ces quinze dernières années, M. le docteur Albertin a opéré de nombreux cas de rectums cancéreux chez la femme et en a publié les observations très détaillées. Il nous a invité à présenter une synthèse des méthodes thérapeutiques chirurgicales, appliquées au traitement du cancer du haut-rectum et de la portion sigmoïdo-rectale chez la femme, en insistant sur le nouveau mode opératoire : « ablation en bloc des organes utéro-annexiels et du rectum cancéreux », d'après la technique personnelle de M. Albertin. Grâce à son obligeance et aux conseils éclairés qu'il nous a prodigués pendant notre travail, nous avons pu rassembler un certain nombre de données et d'observations, dont la publication paraît intéressante.

Si la brièveté d'une thèse nous contraint à laisser quelques lacunes dans un aussi vaste sujet, notre travail

espérons-nous, sera néanmoins utile en contribuant à éclairer nos connaissances sur cette question complexe et d'une douloureuse actualité.

Que le docteur Albertin daigne agréer l'hommage de notre respectueuse admiration et de notre très vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant le développement de ses idées.

Nous remercions aussi M. le Professeur Bérard d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse, travail trop modeste, qui ne répond pas, autant que nous le voudrions, aux belles leçons que nous avons entendues.

HISTORIQUE

La chirurgie du rectum néoplasique est assez récente, puisqu'elle ne remonte pas au delà du dernier siècle. Dans le traitement des cancers rectaux, les progrès se sont accentués surtout lorsque les procédés d'antisepsie et d'asepsie ont permis aux chirurgiens, sans risque d'infection certaine, de toucher au péritoine et, par là même, ont simplifié le mode opératoire.

C'est en 1826 que Lisfranc, le premier, tenta l'extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale. En 1840, Raybard relate l'enlèvement d'une tumeur de l'S iliaque, suivi de guérison. On suivit peu cette voie, parce qu'on ne connaissait pas encore à ce moment le moyen de se protéger efficacement contre l'infection du péritoine.

Dieffenbach, Velpeau considéraient plutôt cette intervention comme un exercice d'amphithéâtre. Cependant, Denonvilliers modifia l'opération de Lisfranc en y adjoignant l'incision longitudinale postérieure. Verneuil même en arriva à réséquer le coccyx. Kocher, en 1874, recommanda ce dernier procédé.

Malgré tous ces essais plus ou moins heureux, jusqu'alors les chirurgiens ne se décidaient que très rare-

ment à l'ablation du rectum. Il faut arriver à 1877 pour voir Volkmann recommander chaleureusement l'extirpation, en s'appuyant sur un assez grand nombre d'heureux résultats. Au Congrès de Copenhague, en 1884, on discuta le traitement opératoire du cancer rectal, à propos d'un rapport détaillé où Von Esmarch prouvait, par des faits à l'appui, que, si la mortalité opératoire restait encore élevée (33 %), il pouvait montrer cependant de nombreuses guérisons persistantes.

A cette époque régnaient trois tendances différentes. En France, Verneuil et ses élèves préconisaient le traitement palliatif et, en particulier, la rectotomie.

Chez les Anglais, la colotomie, pratiquée dans la région lombaire, était préférée. Les Allemands avaient recours à l'extirpation.

Un an plus tard, l'Allemand Kraske préconisa l'ablation par la voie sacrée. Dès lors de nombreux chirurgiens l'imitèrent. Cette méthode offrait de grands avantages : large voie d'accès vers le néoplasme, résection facile, résultat fonctionnel parfait. Malheureusement la mortalité restait forte (33 %).

Elle était grande parce qu'on opérait dans un milieu très septique, où les causes d'infection se présentaient fréquentes et variées. Pour procéder au traitement radical dans les meilleures conditions possibles, il fallait auparavant désinfecter le rectum. Dès 1883, un professeur de Lyon, M. Pollosson, comprit l'intérêt qu'il y aurait à établir la dérivation totale préalable des matières fécales par l'anus iliaque terminal, avec oblitération du bout inférieur. Il étudia spécialement ce moyen d'éviter l'infection et le mit en valeur. Son procédé contribua gran-

dement à améliorer les résultats opératoires. La *Thèse* de Lagaite (1884) développa les avantages de la méthode du professeur Pollosson.

Grâce à cette dérivation totale préalable des matières, les chirurgiens purent exécuter des opérations radicales dans le traitement du cancer rectal. L'établissement d'un anus artificiel supprime les dangers d'occlusion et d'infection. Cet anus iliaque peut être, soit l'acte préliminaire du traitement radical, soit, en cas de néoplasme inopérable, le traitement palliatif le plus simple et le plus efficace.

Depuis cette époque, les chirurgiens se sont tous mis d'accord sur un point: recourir à l'extirpation tant qu'elle est possible. Seule est discutée la voie par laquelle il est préférable de l'aborder.

En France, Morestin chercha, en 1894, à prouver que le procédé de Kraske avait de graves inconvénients, au nombre desquels se représentait fréquemment l'incontinence par section des nerfs sphinctériens. On en revint donc peu à peu à la voie périnéale, créée par Lisfranc, mais réglée surtout par le professeur Quénu, en 1898.

Desgenis utilisa, en 1890, la voie transvaginale, pour certains cas de cancers, limités à l'ampoule rectale et n'envahissant pas la région sphinctérienne. Depuis cette date, Rehn, Hélydenreich, les professeurs Vautrin et Quénu l'ont employée très souvent dans les cas de néoplasmes ampullaires; ils semblent avoir obtenu de bons résultats.

La résection transanale, conseillée par Lisfranc, ne devint en faveur que de nos jours (Hartmann, 1898).

Elle s'applique uniquement, du reste, à des cancers parfaitement limités et bien mobiles.

Dans ces dernières années, le professeur Villard s'est efforcé d'élargir les indications de la voie transanale. Il l'a conseillée, même pour l'extirpation de cancers assez considérables et assez haut situés. Sa technique opératoire a été étudiée avec détails dans la *Thèse* de Chardon (Lyon, 1905-1906).

En Allemagne, certains auteurs, comme Kraske et Hohenegg, furent et sont encore partisans exclusifs de la voie sacrée. Tous les autres chirurgiens sont éclectiques. Les uns préfèrent la voie sacrée, tels Czerny, Mikulicz; d'autres, comme Kocher, Von Bergmann, choisissent la voie périnéale.

Mais aucune de ces méthodes n'élimine un grave inconvénient: l'insuffisance de jour laissé sur le champ opératoire, quand le cancer est haut placé, d'où exploration incomplète de la tumeur et des territoires ganglionnaires qui en sont tributaires; comme conséquence: récurrences fréquentes, par suite de la persistance de tissus déjà très légèrement envahis à la première opération et incomplètement extirpés et apparition de métastases cancéreuses ganglionnaires secondaires.

Le seul moyen d'obtenir un jour suffisant, qui permit d'enlever complètement les tissus néoplasiques, était de pratiquer une laparotomie concomitante. C'est la *méthode mixte, méthode combinée ou abdominéo-périnéale*, qui fut employée, pour la première fois, par un Allemand, non par une initiative personnelle, mais dans une circonstance qui la lui imposa. En réalité, c'est un Français, GAUDIER, qui, le premier, en eut la conception et en fut

ainsi le véritable créateur. Depuis, Chalot, en 1896, Bœckel, QUÉNU l'imitèrent et perfectionnèrent cette remarquable méthode opératoire, qui est le moyen idéal pour la cure radicale des cancers haut situés, car il permet « de voir, d'enlever et de réparer ». (Quénu et Hartmann: *Congrès de Chirurgie*, 1897. — Quénu : *Société de Chirurgie*, 28 juin 1898, *Congrès de Chirurgie*, 1908. — Chalièr: *Thèse*, Lyon, 1909. — Dejeux: *Thèse*, Lyon, 1908. — Mondor: *Thèse*, Paris, 1914.)

Depuis le début de ce siècle, elle est définitivement adoptée, pour les cancers sigmoïdo-rectaux, par les praticiens français et, parmi eux, dans l'Ecole lyonnaise, les professeurs Jaboulay, Bérard, Tixier, les docteurs Albertin, Gouilloud, Lagoutte. C'est, à l'heure actuelle, la voie préférée, comme étant la plus sûre et la meilleure. La technique opératoire de Gaudier fournit des résultats incomparablement supérieurs pour les néoplasmes haut situés et les récidives sont bien moins fréquentes.

Cependant nous devons faire une remarque, qui a son importance. Si, chez l'homme, les facilités opératoires avaient augmenté, chez la femme, l'utérus et ses annexes gênaient encore considérablement la vue et les mains de l'opérateur dans l'exploration du bassin et surtout de l'excavation pelvienne, étroite, profondément située et remplie de nombreux organes en rapport intime les uns avec les autres. Pour déblayer le champ opératoire ou enlever des organes malades, certains chirurgiens, s'étant trouvés en présence d'adhérences du rectum à l'utérus ou de généralisation cancéreuse à une partie quelconque de l'appareil génital interne, avaient été obligés de faire une

hystérectomie totale (Gouilloud, Lyon, 1903), au cours de leur intervention.

Mais le premier chirurgien qui, même après laparotomie faite, devant un utérus sain, de propos délibéré, fit une *hystérectomie totale préalable*, suivie, quinze jours après, de l'ablation du cancer rectal, fut M. le professeur Tixier. Après avoir, dans plusieurs cas, pratiqué cette méthode double, il se décida à la décrire, en 1905, à la *Société de Chirurgie de Lyon*, puis au *Congrès de Chirurgie de Paris*, en 1907, et, l'année suivante, à celui de Bruxelles. Depuis lors, il n'a cessé d'en démontrer les avantages. Nous les résumons brièvement : facilité de l'exécution dans l'enlèvement des plus gros cancers, sécurité pour les suites opératoires, possibilité, dans les cas de cancers limités, de pratiquer une entérectomie avec conservation du sphincter. (*Thèse Richard, Lyon, 1921.*)

A la fin de cet exposé, il y a lieu de mentionner une méthode de thérapeutique chirurgicale, qui propose de faire la plus large exérèse, en même temps que de réaliser la reconstitution anatomique de la région; c'est *l'ablation en bloc de l'appareil utéro-annexiel et du rectum cancéreux chez la femme, suivie de l'abaissement du bout sigmoïdo-rectal et de sa suture au périnée (opération d'Albertin).*

Cet historique sommaire du traitement chirurgical du rectum cancéreux se termine par la méthode suivie actuellement, qui utilise la voie abdomino-périnéale, avec ou sans dérivation préalable ou avec anus iliaque définitif.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Dans ce court exposé, nous voulons seulement insister sur quelques points d'anatomie régionale, dont les auteurs ont compris toute l'importance au point de vue de leurs conceptions opératoires et qui leur ont servi grandement pour atteindre le but cherché. La cure radicale des cancers du rectum haut situés chez la femme est enfin obtenue par l'amélioration constante des méthodes thérapeutiques chirurgicales mises en œuvre à cette fin.

Seule nous intéresse la portion pelvienne du côlon sigmoïde, se continuant en bas avec le rectum, car elle peut devenir le siège de néoplasmes prenant naissance à l'union du côlon et du rectum. L'existence d'une zone décollable sur ce côlon pelvien est une notion primordiale à connaître au point de vue de l'abaissement de ce segment intestinal dans la cure radicale des cancers recto-sigmoïdes.

Il y a également intérêt à rappeler brièvement les rapports de l'anse sigmoïde et sa vascularisation en raison des conceptions opératoires qu'ils ont pu suggérer, et des applications chirurgicales qu'ils ont fait naître.

Le côlon pelvien est rattaché par un méso, le méso-sigmoïde, à la paroi postérieure de l'abdomen et du bassin. Ce dernier est très court au niveau du côlon iliaque et à la terminaison du côlon sigmoïde, long dans la partie moyenne de l'anse sigmoïde, où le côlon devient très mobile. C'est là que se trouve la zone d'intestin décollable, qui permet les manœuvres de décollement et d'abaissement dans la cure radicale des cancers haut situés. La terminaison de ce méso se trouve au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

Par sa face inférieure, le côlon pelvien repose au-dessus de la vessie et de l'utérus, ou bien dans le cul-de-sac vésico-utérin ou recto-vaginal. En dehors de sa face inférieure, le côlon pelvien est en rapport avec les anses grêles, contact qui peut donner lieu à des adhérences inflammatoires, ou avec l'une des parois antérieures ou postérieures de l'abdomen.

Quant aux artères qui irriguent le côlon sigmoïde, elles nous intéressent spécialement, car, dans les manœuvres d'abaissement et de décollement de cette portion intestinale, des lésions surviennent fréquemment qui produisent des phénomènes de gangrène ischémique post-opératoires dans le segment intestinal conservé et insuffisamment nourri.

Ces artères proviennent de la mésentérique inférieure par l'intermédiaire des artères sigmoïdes et des artères coliques gauches. Les premières aboutissent à la portion

pelvienne du côlon, en suivant le méso-côlon sigmoïde. Il est donc utile, dans les ablations de cancers haut situés, de conserver une partie au moins de ces artères, sous peine de voir la portion dénudée se gangréner.

A ce sujet, Mondor (*Thèse de Paris, 1914*), ayant étudié dans ses détails cette question de vascularisation du côlon et du rectum, pense que la conservation du méso-côlon sigmoïde est essentielle, indispensable dans les tentatives d'abaissement du côlon à l'anus.

« Il n'est pas surtout important de lier au-dessus ou
« au-dessous d'un *point critique*, — écrit-il, — mais il
« faut ménager dans le méso-sigmoïde les arcades anas-
« tomotiques principales. Comme elles sont souvent éloi-
« gnées de l'intestin, si l'on veut que l'intestin abaissé
« soit nourri, il faut qu'avec lui soit conservée une
« large branche de son méso; il faut donc abaisser l'in-
« testin avec son méso, il ne faut pas dérouler l'intes-
« tin. »

D'après ses recherches personnelles, il estime que la ligature de la mésentérique inférieure, immédiatement au-dessus de l'origine du tronc principal des sigmoïdes, ainsi que l'incision radiée, presque verticalement descendante dans la racine, permettent le plus souvent l'abaissement.

Le rectum, lui, est contenu en grande partie dans l'infundibulum pelvien. Examinons donc, dans une vue d'ensemble, le bassin de la femme avec son contenu. Il nous présente, en allant d'arrière en avant, la colonne sacro-coccygienne, sur laquelle s'insèrent les muscles pyramidaux et ischio-coccygiens, la loge rétro-rectale comblée de tissu cellulaire lâche, au milieu duquel se

trouvent enfouis de nombreux cordons et ganglions lymphatiques, le rectum lui-même, entouré d'une gangue celluleuse. La séreuse péritonéale, mais à la partie supérieure seulement du conduit rectal, est appliquée sur sa face antérieure et sur ses bords.

En avant du rectum, nous trouvons le cul-de-sac de Douglas, récessus formé par le péritoine se réfléchissant de la face postérieure de l'utérus et de la portion postéro-supérieure du vagin sur la face antérieure, en tapissant l'espace libre compris entre l'utérus et le rectum.

Le rectum, au-dessus du cul-de-sac recto-vagino-utérin, est ainsi séparé de l'utérus par cette fente étroite où s'invagine la séreuse et que viennent souvent combler les ovaires prolapsés dans le Douglas ou des anses grêles. A ce niveau, les rapports restent lointains entre l'utérus et le rectum. Nous avons ensuite l'utérus, le cul-de-sac vésico-utérin, la vessie, la cavité de Retzéus et la paroi antérieure du bassin.

Les uretères et les pédicules vasculaires ovariens seuls, à la partie supérieure du rectum, possèdent quelque rapport assez éloigné avec les bords latéraux du rectum.

Au-dessous du cul-de-sac de Douglas, l'espace pré-rectal, partie intégrante de cette gaine cellulo-adipeuse encerclant le rectum, communique largement avec le tissu cellulaire de la base des ligaments larges, par une nappe cellulo-graisseuse continue, péricervicale. Celle-ci se poursuit, entre les deux feuillets des ligaments larges, jusqu'au pourtour de l'excavation pelvienne; en avant, elle s'unit au tissu cellulaire périvésical. C'est l'espace pelvisous-péritonéal, compris entre la séreuse et la face supérieure des releveurs de l'anus; il est entièrement comblé

de tissu cellulaire lâche, formant ainsi une sorte de coussin protecteur aux organes sus-jacents, qui y sont plus ou moins enfouis.

Au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur, il existe un point de contact et de rapprochement entre le rectum et la cloison vaginale supérieure. Aussi, à cet endroit, les lésions du rectum peuvent-elles se propager facilement au vagin et réciproquement.

Quant au rectum lui-même, il fait suite au côlon pelvien et s'ouvre à l'extérieur par l'orifice anal, après avoir parcouru auparavant l'excavation pelvienne et franchi le diaphragme périnéal. Sa limite supérieure, point de disparition du méso (Trèves), se trouve aux environs de la troisième sacrée. Sa longueur est à peu près de quinze centimètres; mais son calibre est variable. Assez étroit à son origine (portion sus-ampullaire), il nous présente, dans sa portion moyenne, une dilatation en forme d'ampoule, dite portion ampullaire; elle est suivie d'un nouveau rétrécissement appelé segment sous-ampullaire, auquel succède la région sphinctérienne.

Dans le conduit rectal nous pouvons considérer trois portions, au point de vue des rapports: un segment péritonéal, un segment infra-péritonéal, tous deux pelviens et compris dans la zone recouvrant les releveurs, enfin une portion périnéale entre ces derniers muscles et le périnée.

De la troisième sacrée, la zone péritonéale du rectum s'étend au bas du cul-de-sac recto-vaginal; c'est la portion supérieure du rectum. La zone rectale infrapéritonéale ou portion intermédiaire se termine aux insertions des releveurs. Enfin, la zone basse du rectum est com-

prise entre les attaches des releveurs et la peau. Le sphincter anal en fait partie.

Le péritoine, tendu au-dessus du pelvis, auquel se rattachent, de chaque côté de l'utérus, les deux ligaments larges, recouvre, comme d'un voile, tous les organes intrapelviens : vessie, utérus, trompes, vagin supérieur, rectum supérieur, etc. Epousant leur forme, il se poursuit en invaginations profondes dans les espaces libres, créés par l'écartement des organes entre eux. La surface de la séreuse, très vaste, est facilement décollable chez la femme, puisque son adhérence aux parties sous-jacentes est faible (trait caractéristique), contrairement à ce qui se passe chez l'homme, où la séreuse est fixée intimement aux parois du pelvis et fait corps avec les organes pelviens.

Lorsque les organes génitaux internes sont enlevés, chez la femme, le méso-rectum en arrière, l'expansion latérale du péritoine sur le pelvis jusqu'au bord du feuillet postérieur du ligament large, le péritoine sus-vésical en avant peuvent être mobilisés, de façon que leurs bords libres convergent et soient réunis. Ainsi donc, chez la femme, grâce à l'étendue et à la laxité très grande de la séreuse, et en raison de son décollement facile, l'ablation des organes génitaux internes permet une reconstitution de la cloison péritonéale, suffisante pour fermer l'abdomen et empêcher, en conséquence, une infection, siégeant dans le pelvis, de gagner la cavité cœlomique.

Dans sa portion péritonéale, le rectum, sur sa face antérieure et ses bords latéraux, se trouve recouvert par la séreuse, sur une hauteur de quelques centimètres. Il est séparé de l'utérus par le cul-de-sac recto-utérin.

L'étendue de la zone rectale, intrapéritonéale, varie avec l'état de réplétion du rectum, qui remonte ou abaisse le cul-de-sac péritonéal.

Dans cette même portion, par sa face postérieure, le rectum entre en rapport avec la colonne sacro-coccygienne, les muscles pyramidaux et les branches du plexus sacré, débouchant des trous sacrés antérieurs. Plus bas, il est aussi en rapport avec les muscles ischio-coccygiens et les grands ligaments sacro-sciatiques.

Le long de ses bords latéraux, rampent les deux branches de bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure. Sur un plan plus antérieur, les bords du rectum supérieur sont en rapprochement avec les uretères et les pédicules vasculaires utéro-ovariens.

Par sa face postérieure, le segment infrapéritonéal du conduit rectal a des connexions avec les releveurs de l'anus, par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lâche, qui renferme, à son intérieur, de nombreux troncs et ganglions lymphatiques; ceux-ci s'enflamment et s'infectent précocement dans les néoplasmes du rectum.

Comblé de tissu cellulo-adipeux, l'espace compris entre le rectum et les releveurs ou la colonne sacro-coccygienne (espace rétro-rectal ou loge rétro-rectale) communique, en haut, largement avec le tissu cellulaire prévertébral et celui des fosses iliaques, et, sur les côtés, par l'intermédiaire des ligaments utéro-sacrés, avec l'espace pré-rectal.

L'espace rétro-rectal fait partie de l'espace péri-rectal (pelvi-rectal supérieur); il est rempli d'un tissu lâche qui encercle entièrement le rectum. Nous signalons, en

passant, son importance au point de vue de l'extension des néoplasmes rectaux.

Chez la femme, le rectum sous-péritonéal répond, latéralement à l'atmosphère celluleuse, interposée autour des artères et veines hémorroïdales moyennes (loge latérectale), aux releveurs de l'anus et, au delà de ces derniers, aux fosses ischio-rectales, comblées de graisse.

La face antérieure de la seconde portion rectale se met en rapport avec le vagin supérieur et principalement avec le cul-de-sac vaginal postérieur. Immédiatement au-dessous du Douglas, les cloisons vaginales et rectales ne sont pas accolées, mais séparées par l'espace pré-rectal. Plus bas, au contraire, les parois vaginales et rectales s'adossent l'une à l'autre, au niveau du raphé, formant une cloison commune recto-vaginale, qui se laisse infecter facilement.

L'atmosphère celluleuse péri-rectale, qui comble l'espace péri-rectal appartient à la nappe cellulo-adipeuse, pelvi-sous-péritonéale, comprise entre la séreuse péritonéale et le plancher musculaire pelvien. Elle est toujours envahie de bonne heure dans les cancers rectaux et forme un seul bloc avec le rectum, facilement extirpable, par suite du plan de clivage naturel, existant entre elle et les parois pelviennes. Ce tissu lâche péri-rectal se prolonge dans tout l'espace pelvi-sous-péritonéal, sans solution de continuité; il entoure la vessie, le col utérin, le vagin supérieur, et remplit la base des ligaments larges (paramètre), avec laquelle il se continue dans l'épaisseur et au-dessous des ligaments utéro-sacrés. Il communique aussi largement avec le tissu sous-péritonéal de la fosse iliaque interne, et tout à fait en dehors et en haut par

l'intermédiaire du tissu qui entoure les vaisseaux ovariens et remplit le ligament lombo-ovarien avec le tissu cellulaire lâche de la fosse lombaire.

Les organes intra-pelviens (utérus et rectum surtout), sont donc positivement prisonniers dans une gangue celluleuse qui les étreint de tous côtés. Cette gangue, dont on se rend plus ou moins compte à l'état normal, est quelque fois admirablement dessinée dans le cas de phlegmon bilatéral des ligaments larges ou encore mieux de pelvi-cellulite totale.

Toutes les tuniques des portions ampullaire et sus-ampullaire sont irriguées par les branches de bifurcation de l'artère mésentérique inférieure : les deux hémorroïdales supérieures, s'anastomosant entre elles ainsi qu'avec les hémorroïdales moyennes. Celles-ci, branches de l'hypogastrique, sont destinées à la partie inférieure de l'ampoule rectale. Elles s'anastomosent également avec les hémorroïdales inférieures, branches de la honteuse interne, située au-dessous du releveur anal et vascularisant surtout l'anus. Enfin, l'artère sacrée moyenne envoie aussi quelques rameaux à la face postérieure du rectum.

En résumé donc, le rectum est richement vascularisé et les anastomoses sont nombreuses entre les diverses artères qui le nourrissent. Il faut savoir ménager le plus possible l'hémorroïdale inférieure dans la résection partielle du rectum, sous peine de voir le segment anal conservé se gangréner par ischémie. De même, *la ligature de l'hémorroïdale supérieure, avant l'abaissement du mésosigmoïde, doit se faire en arrière de l'anastomose de la sigmoïde inférieure avec l'hémorroïdale supé-*

rière, en-dessous du tronc commun des sigmoïdes, si non apparaîtront des phénomènes gangréneux dans le segment intestinal abaissé.

Deux plexus constituent les origines des lymphatiques du rectum : un plexus interne muqueux, recto-anal, se continuant au niveau de l'anوس avec les lymphatiques cutanés, un plexus externe d'origine musculaire à troncs collecteurs composés de trois groupes : un groupe supérieur issu de la face postérieure des deux premières portions rectales; il gagne les ganglions enfouis dans les parois mêmes du rectum, puis remonte le long des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs jusqu'à leur bifurcation d'avec la mésentérique inférieure et se perd dans les ganglions hémorroïdaux supérieurs, précocement pris dans les néoplasmes rectaux (Mondor Th., Paris, 1914), organes d'arrêt importants contre l'infection néoplasique ascendante, à bien connaître; un groupe moyen le long des veines hémorroïdales moyennes et qui se termine aux ganglions hypogastriques; enfin un groupe inférieur qui prend naissance au pourtour de l'anوس et aboutit aux ganglions inguinaux inférieurs et internes, supérieurs et internes, ou aux deux à la fois.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Chez la femme, le cancer du rectum peut être primitif ou bien secondaire à une tumeur maligne ovarique, enclavée dans le Douglas et propagée au cul-de-sac péritonéal ainsi qu'à la région rectale voisine. Ce dernier paraît assez fréquent, dans le cas surtout de prolapsus ovarien dans le cul-de-sac recto-utérin. Nous ne nous occuperons ici que du cancer primitif.

On sait par l'expérience que tous les points du cylindre rectal peuvent être occupés par le cancer. D'après les données anatomiques sur le dernier segment intestinal et selon les différentes régions que peuvent occuper les néoplasmes rectaux, il est possible de classer ceux-ci en quatre variétés par rapport à la hauteur à laquelle ils apparaissent : les cancers hauts, moyens, bas et les cancers occupant la totalité du conduit.

Les cancers hauts, dits sus-ampullaires, siègent au-dessus de l'ampoule rectale; ils restent au moins à huit

ou neuf centimètres de l'anus. Leur limite inférieure est au cul-de-sac péritonéal. Au contraire, à leur extrémité supérieure, ils peuvent s'étendre jusqu'à la portion pelvienne du côlon et quelquefois même être à cheval sur le haut rectum et l'anse sigmoïde. On les appelle alors cancers recto-sigmoïdes (type élevé).

On appelle cancers moyens ou ampullaires, ceux qui occupent l'ampoule rectale; ils s'étendent entre le releveur de l'anus et le péritoine, ils respectent le sphincter anal en bas et ne descendent pas à plus de sept à huit centimètres au-dessus de l'anus (Delbet), (type moyen, infra-péritonéal).

Les cancers bas ou sous-ampullaires sont les cancers de l'anus proprement dits, ou simplement anaux, quand l'anus seul est intéressé, ou ano-ampullaires quand le mal dépasse la limite anatomique de l'anus et empiète sur la partie inférieure de l'ampoule, mais sans remonter à plus de quelques centimètres.

Au début, le cancer rectal siège presque toujours, soit en avant, soit en arrière, rarement sur la paroi latérale du rectum. Il a une tendance constante à progresser circulairement dans ce dernier organe (cancer annulaire ou en virole). Tout le rectum peut être envahi par l'extension graduelle.

Enfin, à côté de ces néoplasmes partiels, il existe le cancer rectal total ou ano-rectal, succédant au néoplasme circonscrit, ou présentant d'emblée le caractère de diffusion.

La variété ampillaire est la plus fréquente, puis viennent les cancers sus-ampullaires, enfin les néoplasmes

bas situés, anaux ou ano-ampullaires, et très rarement le cancer total.

Quant à la forme et à l'aspect des cancers rectaux, on peut les diviser en tumeurs circonscrites et tumeurs se diffusant très rapidement, dites tumeurs massives, fort rares. Sous cette forme, l'extension en profondeur est aussi considérable qu'en surface. Toute l'épaisseur du rectum est prise en masse.

Au point de vue histologique, les cancers ano-rectaux appartiennent à deux grands types : les épithéliomes pavimenteux (16,6 0/0), naissant à l'anوس, se propageant de préférence aux téguments du périnée, et revêtant la forme tubulée ou lobulée; et les épithéliomas cylindriques (73 0/0), naissant de l'épithélium des glandes de Lieberkühn, typiques à forme glandulaire ou bien atypiques (carcinomes). Dans ce dernier cas, on a, soit le cancer encéphaloïde ou médullaire (à tissu conjonctif peu abondant, à cellules épithéliales prédominantes, à marche rapide et à malignité plus grande), soit le squirrhe (à tissu conjonctif très développé, à cellules épithéliales rares, à marche moins rapide, sans tendance à la généralisation). Cette forme squirrheuse tend au rétrécissement rectal. Aux deux types précédents il faut ajouter les épithéliomes colloïdes ou cancers à cellules muqueuses (10 0/0).

Dans le rectum, la néoplasie tend à devenir surtout circulaire (annulaire). Elle envahit rapidement l'atmosphère celluleuse péri-rectale, mais devient rarement totale. Son extension se fait plutôt en largeur qu'en hauteur. L'invasion néoplasique se propage davantage en hauteur dans le méso-rectum que sur l'organe lui-même.

Aussi, à l'autopsie, retrouve-t-on des foyers cancéreux bien plus haut dans le feuillet péritonéal que dans les tuniques internes du rectum.

L'extension locale du néoplasme rectal, dans les tissus ou organes voisins, varie, suivant que le cancer est anal, ampullaire, sus-ampullaire ou recto-sigmoïde.

Dans le cancer anal, l'extension a lieu, soit vers la peau des régions périnéales et des fesses, soit vers les fosses ischio-anales. Le sphincter est aussi fréquemment atteint, quand il est pris en totalité; l'incontinence en résulte.

Facilement, les cancers ampullaires, sus-ampullaires et recto-sigmoïdes s'étendent au tissu cellulaire lâche péri-rectal. Or, nous connaissons déjà les connexions étroites de la gangue celluleuse péri-rectale avec le paramètre, par l'intermédiaire et au-dessous des ligaments utéro-sacrés; nous avons vu que l'atmosphère cellulo-adipeuse matelasse l'excavation pelvienne dans son entier, de l'espace rétro-rectal à l'espace péri-vésical, sans solution de continuité, et se prolonge de chaque côté de l'utérus entre les deux feuillets des ligaments larges. Il est donc facile de concevoir que tous les organes contenus dans le petit bassin sont plongés dans une vaste gaine celluleuse, peu visible à l'état normal, enflammée et hypertrophiée dans les phlegmons bilatéraux des ligaments larges et surtout dans la pelvi-cellulite totale. La prédilection des néoplasmes du haut rectum pour la masse cellulo-adipeuse péri-rectale dans laquelle ils s'infiltrèrent et la continuité de cette nappe cellulaire dans le pelvis font que les cellules néoplasiques, dépassant les parois rectales et envahissant peu à peu le tissu cellulaire pelvien, gagneront l'espace pelvi-rectal supérieur de

proche en proche et atteindront les organes qui y sont contenus. Nous assistons ainsi à une péri-rectite inflammatoire banale, puis à une péri-rectite cancéreuse, enfin à la propagation néoplasique à l'utérus, au vagin.

L'extension au sacrum et au plexus sacré par une atteinte directe de la tumeur ou par adhérence des ganglions dégénérés se voit aussi.

Etant données les connexions intimes existant chez la femme, entre le vagin et le rectum, par l'intermédiaire de la cloison recto-vaginale, étant données l'extension néoplasique plus grande en profondeur qu'en surface, et les adhérences inflammatoires et cancéreuses fréquentes du Douglas avec le rectum et le cul-de-sac vaginal postérieur, le vagin supérieur, l'isthme utérin sont souvent pris par les cancers de la face antérieure de la portion ampullaire. On trouve alors une adhérence plus ou moins marquée de la tumeur à la cloison recto-vaginale, ainsi qu'au Douglas, et, par infiltration progressive, le col utérin, le Douglas adhérent est envahi, l'atmosphère celluleuse les avoisinant ne forment plus qu'un bloc avec la néoplasie rectale. D'où l'utilité d'enlever en un seul bloc cette masse recto-utérine enflammée et peut-être cancérisée, sans chercher à conserver une maigre portion d'organe ou de tissu sain.

De même qu'une tumeur maligne ovarique, enclavée dans le Douglas et propagée au cul-de-sac péritonéal, peut envahir la région rectale voisine, de même un épithélioma rectal, propagé au Douglas, peut atteindre l'ovaire si souvent prolabé.

La vessie, mais bien plus rarement que chez l'homme, parce qu'isolée du rectum par l'utérus, peut être envahie

« par infiltration progressive du tissu cellulo-fibreux de la gaine hypogastrique. » (Bérard et Murard).

Au-dessus ou au niveau du cancer rectal, les lésions péritonéales sont possibles. Mais il est certain que la propagation cancéreuse au Douglas est excessivement rare. Il se forme, en effet, le plus souvent, des brides inflammatoires qui comblent ou cloisonnent le Douglas; elles se constituent sans cesse plus haut, au fur et à mesure que la tumeur progresse, tout en continuant d'isoler la cavité cœlomique. La résistance de la barrière péritonéale au néoplasme étant donc considérable, il faut toujours faire une péritonisation complète et minutieuse, dans la cure radicale des cancers rectaux. On empêche ainsi l'infection latente de s'avancer du bassin vers l'abdomen.

Les adhérences molles ou organisées qui entourent le côlon sur une certaine hauteur et rendent sa mobilisation difficile, ne sont pas rares, de même qu'on peut voir des adhérences ilio-rectales, des propagations cancéreuses au Douglas et des perforations recto-péritonéales avec péritonite rapidement mortelle.

Quant à l'envahissement cancéreux des groupes ganglionnaires où aboutissent les lymphatiques du rectum, il varie avec le siège du néoplasme. Il a une extrême importance, car de sa parfaite connaissance découlent tous les succès post-opératoires, dans la cure radicale des épithéliomas rectaux, selon que l'on a su et pu extirper tous les ganglions susceptibles d'être déjà cancérisés ou de se prendre plus tard.

Dans les cancers anaux, les ganglions inguinaux peuvent s'hypertrophier ou s'infecter, soit d'un seul côté,

soit des deux à la fois. Mais cette adénopathie, souvent peu perceptible, est facilement ignorée.

De leur côté, les tumeurs ampullaires ou sus-ampullaires (Villard, Chaliér) peuvent provoquer aussi de l'adénopathie inguinale, sans qu'il y ait pour cela envahissement cancéreux de l'anus.

D'après les auteurs, les ganglions hémorroïdaux moyens seraient rarement pris.

Au contraire, les ganglions ano-rectaux, et surtout les hémorroïdaux supérieurs, sont le plus souvent enflammés et infiltrés. Ce groupe ganglionnaire, situé autour de la bifurcation de l'hémorroïdale supérieure, est toujours hypertrophié et enflammé, même en cas d'épithéliome bas situé (Mondor Th., Paris, 1914). Dans toute autopsie de cancéreux, il est très visible. Mondor dit lui-même : « L'envahissement des ganglions lymphatiques dans le cancer rectal atteint particulièrement les ganglions ano-rectaux et surtout un groupe important, non décrit jusqu'ici, situé au niveau de la bifurcation de l'artère hémorroïdale supérieure; en ce point se trouve le hile artériel et lymphatique de l'organe ». Cet amas ganglionnaire, très important comme organe d'arrêt temporaire dans la propagation de la néoplasie rectale, s'infecte toujours très précocement. Quand sa résistance cède, le cancer poursuit vers le haut sa marche envahissante. Dans toute opération radicale des cancers, surtout lorsqu'ils sont haut situés, il faut extirper ces ganglions enflammés et souvent cancérisés, sous peine de voir ces masses lymphoïdes, primitivement infiltrées, devenir le siège d'une nouvelle poussée cancéreuse, quelquefois très éloignée du premier néoplasme, dont il est

complètement indépendant. On évite ainsi les récides qui, sans cela, surviendraient presque certainement.

L'extension néoplasique à distance peut aussi exister. Quand les premiers relais ganglionnaires (adénopathies primitives) ont succombé à l'infiltration néoplasique, quand le cancer s'est généralisé par métastase, d'autres groupes ganglionnaires (adénopathies à distance) peuvent être pris : « adénopathies iliaques, lombaires, pré ou latéro-iliaques, même cancérisation des ganglions péri-stomachaux, axillaires ou de la fosse iliaque). L'évolution est alors fatale. Il faut donc déceler précocement l'adénopathie ganglionnaire. Mieux nous connaissons l'état des ganglions rapprochés ou distants, mieux nous serons armés pour lutter efficacement contre le cancer rectal et ses récides.

Relativement, la généralisation cancéreuse du néoplasme rectal est rare. Elle gagne surtout le foie et le péritoine. Dans le foie elle reste facilement méconnue. Il faut également citer une métastase pulmonaire, une métastase sterno-costale, des métastases squelettiques, pancréatique, urétérale, ovariennes, spléniques, etc.

Dans les cancers du haut-rectum, les complications infectieuses surgissent assez souvent : (abcès au voisinage du gros intestin, abcès péri-rectaux, se fistulisant et se sphacélant plus ou moins rapidement). La cystite, la pyélo-néphrite, les phlébites sont plus fréquentes.

Dans les épithéliomas haut-situés du rectum, en général annulaires avec rétrécissement plus ou moins serré, oblitérant totalement ou partiellement la lumière rectale, l'intestin, au-dessus de la tumeur subit des modifications ; ou bien, il existe une hypertrophie musculaire avec tuni-

ques épaisses, vigoureuses, par suite des contractions plus fortes nécessaires pour forcer le rétrécissement et un œdème, soit mécanique, soit inflammatoire, avec parois flasques et friables, ou une dilatation sus-structurale de l'intestin, avec poche dilatée, ses muqueuses se laissant distendre par suite de leur affaiblissement et de leur amincissement. Les ulcérations et les perforations près de la tumeur avec formation d'abcès ou à distance avec péritonite finale sont aussi fréquentes.

Un mot des récidives, de leur date, de leur siège, de leur fréquence, de leur malignité. Les survies données par l'exérèse du cancer rectal peuvent être fort écourtées, soit par maladies intercurrentes, soit par récidives ou métastases. Les récidives sont très nombreuses (31 à 68 0/0 d'après Chalier), surtout dans le cas d'ablation incomplète des tumeurs haut-situées et des territoires lymphatiques qui en dépendent.

Leur apparition est le plus souvent précoce, en général dans les deux premières années suivant l'opération. Les récidives dans l'organe lui-même sont rares (7 0/0) beaucoup plus fréquentes dans les tissus péri-rectaux, surtout dans l'espace rétro-rectal ; dans ce dernier, la récidive est principalement ganglionnaire (Chalier), contrairement à ce qui se passe dans l'estomac où les cellules néoplasiques s'étendent plus volontiers dans l'épaisseur de la paroi stomacale que dans les tissus périphériques (Petersen et Colmers). C'est la récidive directe provenant du développement du tissu néoplasique non extirpé.

Dans la récidive indirecte, au contraire, des cellules cancéreuses nouvelles se développent dans les environs

de la tumeur primitive. — Il vaut mieux extirper les récidives, quand la chose est possible, malgré les résultats quelquefois mauvais, car on peut obtenir de longues améliorations. Les guérisons peuvent même être complètes et définitives.

Etant donné que les récidives se produisent surtout dans le tissu cellulaire péri-rectal, il est préférable d'extirper ce dernier largement, plutôt que de remonter très haut sur l'intestin lui-même. Il faut faire l'exérèse la plus large et la plus complète possible, afin d'obtenir les meilleurs résultats au point de vue récidives.

Pour cela le plus simple est d'exciser toutes les parties malades avec ganglions, tissu péri-rectal et la plus grande partie possible de l'atmosphère celluleuse du bassin, ainsi que les organes utéro-annexiels qui y sont enfouis et se trouvent par la suite souvent enflammés et adhérent à la tumeur ou même infiltrés. (Albertin).

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET MOYENS DE DIAGNOSTIC

L'obscurité des symptômes, au début du cancer rectal, connue par tous les chirurgiens, s'accroît encore chez la femme, du fait de sa tendance naturelle à la constipation, de par sa constitution anatomique et physiologique. Beaucoup de femmes, en effet, ont une « constipation fonctionnelle », résultant soit d'un trouble de la sécrétion aqueuse des glandes, soit d'une parésie motrice du gros intestin. Que ce soit pour l'une ou l'autre de ces raisons, elles peuvent rester, assez souvent, trois, quatre jours dans cet état, sans être autrement incommodées, si ce n'est quelques vagues sensations, sentiments de gêne ou de pesanteur dans le petit bassin, quelques douleurs minimales et mal localisées dans le ventre, un peu de ballonnement résultant des troubles fonctionnels préexistants.

Il n'en est pas moins vrai aussi que ce trouble de la

défécation est passé presque à l'état chronique. Les femmes sont des habituées de lavements et de purgatifs. Le cancer du haut-rectum devient rapidement sténosant et amène au bout d'un temps relativement long, de l'obstruction intestinale, précédée d'une période de constipation rebelle. Au début de leur mal, quand elles ne souffrent point ou peu, les femmes habituées à ces indispositions ne s'inquiètent pas de cet état anormal. Même, si les troubles augmentent peu à peu avec faux besoins, coliques sèches, légères douleurs pendant la défécation, elles n'y prêtent le plus souvent pas attention, expliquant leurs malaises par la rétention naturelle des matières fécales dans le rectum.

Quand les troubles finissent par devenir par trop gênants, elles se décident à consulter, bien souvent trop tard; et là encore très fréquemment, si le médecin n'a pas pris soin de faire un examen clinique attentif de tous les organes, s'il n'a pas assez interrogé sa malade sur les débuts précis de ces malaises, s'il n'a pas, enfin, chose très importante, pensé à faire un *toucher rectal*, il met sur le compte d'une entéro-côlite, très fréquente chez la femme, en dehors de tout état cancéreux, ces irrégularités dans les selles, cette constipation opiniâtre, ces malaises légers; pour peu que, de temps à autre encore, la malade avoue avoir eu des selles glaireuses ou mélangées de mucosités, le diagnostic d'entéro-côlite est posé avec confiance.

Ce seront alors des purgations et des lavements répétés; ils ne feront qu'augmenter le mal et irriteront le cancer ignoré et débutant.

D'autre part, les hémorroïdes, par suite de l'état de

congestion veineuse qui accompagne la constipation habituelle chez la femme, ne seront pas rares. Elles passent souvent inaperçues quand elles ne sont ni douloureuses, ni gênantes par leur volume, ni saignantes. Quand elles augmentent par trop, que, pendant la défécation, du sang est expulsé avec les fèces, on va consulter, mais il est souvent trop tard, ces hémorroïdes soi-disant banales, étant assez fréquemment symptomatiques d'un néoplasme déjà ancien.

D'un autre côté, étant donnée la distance qui sépare le rectum et la vessie chez la femme, on ne découvre que très rarement des troubles de la miction et des crises de rétention urinaire si fréquente chez l'homme, et quelquefois très précoces par suite de la pression grandissante exercée par la tumeur sur la partie terminale des uretères, le bas-fond vésical et l'urèthre. Il y a donc là encore un élément de diagnostic qui fait défaut chez la femme.

Enfin, de même que chez l'homme, le cancer peut rester latent pendant de longs mois. Indolore au début, il passe inaperçu et on ne finit par le soupçonner que par les altérations de l'état général qui deviennent de plus en plus marquées.

On voit donc, par là, combien le diagnostic de cancer rectal, au début, chez la femme, peut être délicat et combien il est nécessaire d'avoir toujours en vue la possibilité d'un néoplasme du segment terminal de l'intestin; on voit aussi quel interrogatoire minutieux et serré il faut mener pour arriver à dépister, parmi les signes cliniques vagues et obscurs, la première période d'un cancer. Nous pouvons dire qu'en présence de ces altérations, si minimes soient-elles, constipation accusée, hémorroï-

des fréquentes, glaires et sang dans les selles, inexplicables autrement, il est indispensable de faire un toucher rectal qui éclairera notre diagnostic.

Ajoutons que le premier symptôme alarmant, dans le néoplasme rectal au début, est l'hémorragie d'abondance variable, se réduisant souvent à quelques gouttes ou petits saignements, surtout après les efforts prolongés et répétés de la défécation, quelquefois d'un demi-verre. Elle peut être brusque et se produire pendant la défécation. Pour ne pas la confondre avec les hémorragies produites par les hémorroïdes ouvertes, on s'assurera par le toucher et l'inspection, de la présence ou de l'absence d'hémorroïdes. Le sang ordinairement rouge, peut être noir quand il a séjourné un certain temps dans le rectum. Dès que l'hémorragie apparaît, il faut penser au cancer. Mais il arrive qu'elle est tardive et, dans ce cas, il peut être trop tard pour faire une opération radicale.

Devant des sensations anormales : douleurs vagues dans le ventre, coliques sèches, troubles dyspeptiques, sensation de pesanteur au périnée, ténésme, en présence des troubles accentués de la défécation, et de modifications, même minimales, de l'état général, inexplicables autrement, il faut rechercher l'existence possible et souvent probable d'un cancer rectal et agir en conséquence. Ce qui fait la difficulté de diagnostiquer un néoplasme du rectum au début, c'est que tous les symptômes énumérés précédemment n'apparaissent pas ensemble. Un seul peut prédominer. Dans les cancers latents ou cachés, il peut même manquer.

Chaque fois qu'il y aura doute, le toucher rectal, la rectoscopie, la biopsie seront nécessaires et indispensa-

bles pour confirmer le diagnostic incertain de cancer. L'épithélioma du haut-rectum devenant vite annulaire, détermine de la sténose, sans douleur avec une simple constipation rebelle; il semble très difficile à diagnostiquer précocement. On devra toujours l'avoir en vue, devant des troubles fonctionnels mal expliqués autrement.

A la période d'état et à la période terminale, l'épithélioma rectal se diagnostique facilement; nous n'en parlons donc pas.

Quels sont les moyens de diagnostic et d'exploration mis à notre disposition pour découvrir un cancer du haut-rectum chez la femme ?

Devant une malade qui accuse des envies incessantes d'aller à la selle pour n'émettre que quelques glaires ou gaz, d'une autre, atteinte d'état dyspeptique prolongé avec constipation accusée, dépression des forces, en l'absence de tout signe local, devant une malade, enfin, atteinte d'hémorroïdes prononcées, il est nécessaire et indispensable de faire un *toucher rectal*, qui permettra bien souvent de diagnostiquer un cancer rectal précocement, permettant de faire une opération moins étendue, dans de meilleures conditions opératoires et avec de plus grandes chances de succès contre les récidives.

Il est rare que « le toucher pratiqué lentement, avec douceur, après l'inspection de l'anus sur une malade couchée de façon que la palpation bimanuelle soit aisée, ou sur une malade debout ne donne pas de renseignements suffisants ». (Chalier, *Thèse de Lyon*, 1909).

Chez les malades, les dimensions, les connexions, la morphologie du cancer diffèrent suivant le siège, l'étendue, la forme du cancer.

Dans les néoplasmes du haut-rectum et de la portion sigmoïdo-rectale dont nous nous occupons, étant donnée la hauteur de l'obstacle ou de l'ulcération, le doigt a de très grandes difficultés pour l'atteindre. D'où les diverses méthodes employées par les auteurs pour simplifier le toucher et le rendre plus facile. On peut quelquefois sentir une tumeur dure, infiltrée, à contours mal définis à bout de doigt, mais il est, en général, très difficile d'avoir une idée de l'étendue de la lésion, simplement par le toucher rectal.

La région atteinte par l'index profondément introduit était autrefois ce qu'on appelait la limite opératoire, les cancers voisins du périnée paraissant seuls accessibles au chirurgien. On peut, comme le dit M. Albertin, renverser la formule et dire « qu'un cancer du rectum est d'autant plus opérable qu'il est plus haut situé ».

Mais, dans cette variété de néoplasmes haut placés qui nous occupe, le toucher rectal n'étant pas toujours suffisant, vaut-il mieux *combinaison le palper abdominal et le touche rectal*. C'est là le meilleur mode d'exploration clinique, d'après Chalier.

Pour Mondor, le toucher rectal permettrait quelquefois de renseigner sur l'état des ganglions rétro-rectaux. Cette recherche est souvent difficile, mais la découverte de ces ganglions doit toujours être tentée, car « elle peut — dit Mondor — nous donner de grands renseignements, servir au diagnostic différentiel et bien montrer que la hauteur d'un néoplasme rectal est moins indiquée par la limite supérieure de la tumeur que par l'étendue de l'envahissement lymphatique ».

« Elle indique la nécessité d'opérations larges, logiques,

courageuses, et l'inutilité d'ablations étroites et parcimonieuses », dit-il encore. Nous sommes, à ce point de vue, entièrement de son avis. Aussi l'exérèse des tumeurs cancéreuses du haut rectum par les méthodes élargies, comme nous le verrons plus loin, nous semble-t-elle la plus conforme à la logique.

Chez la femme, à côté du toucher rectal, nous avons à notre disposition, le *toucher vaginal*; il permet de se rendre compte de la souplesse plus ou moins grande des culs-de-sac vaginaux, d'apprécier le degré de mobilité des ligaments larges, et partant l'envahissement plus ou moins considérable, (celui-ci étant envahi si, à une hauteur dépassant neuf ou dix centimètres, le néoplasme est fixe et douloureux, et surtout si la malade accuse spontanément une douleur dans le ventre sans météorisme ni obstruction).

Le toucher vaginal nous permet aussi de sentir la tumeur, son siège, d'apprécier son degré de mobilité, son étendue, sa fixité, et par suite, de poser l'indication ou la contre-indication de l'opération radicale.

Chez la femme, le toucher vaginal est donc l'auxiliaire indispensable du toucher rectal.

A ces divers modes d'exploration, il est souvent nécessaire, dans les épithéliomas haut situés du rectum, d'ajouter la *rectoscopie, suivie de biopsie*.

Le *rectoscope* permet de préciser le siège de la tumeur, de déterminer son étendue, de découvrir des néoplasmes hauts, inaccessibles au doigt, de distinguer quelquefois la forme de cancer devant laquelle on se trouve, de reconnaître enfin les phases initiales du cancer ou son premier aspect. Par là, il est utile dans l'étude des tumeurs

néoplasiques du haut-rectum et de la portion sigmoïdo-rectale. Ajoutons que *la rectoscopie permet et facilite la biopsie* dans les cas douteux où, par l'examen, il est impossible d'affirmer la nature néoplasique de la tumeur.

Quant à la *biopsie*, dans le doute, elle est indispensable au chirurgien, pour permettre de poser un diagnostic précis où soient fixées les indications opératoires. Son seul inconvénient est de ne pouvoir servir à prévoir la malignité de telle ou telle forme de cancer. Elle se fait le plus souvent à l'aide de la rectoscopie. Mais, quand les résultats apportés par elle sont contraires à ceux prouvés cliniquement, il ne faut pas en tenir compte, car il est bien certain que la clinique prime tout.

La *radiographie* et la *radioscopie*, après ingestion de bouillie bismuthée, nous permettent également, dans les cas de cancers inaccessibles au doigt, de préciser le siège et l'étendue exacts des lésions, d'indiquer leurs limites, l'état de distension ou de contraction de l'intestin sus-jacent, peut-être aussi la limite de l'infiltration pariétale au niveau de l'organe; enfin l'état de la lumière rectale au niveau du cancer (sténose, rétrécissement fréquents dans les tumeurs malignes du haut-rectum).

Il faut, enfin, faire la recherche clinique des métastases pour savoir si le chirurgien peut opérer (généralisation assez fréquente au foie avec bosselures, ictère, ascite contre-indiquant la cure radicale). Elle est, quelquefois, très difficile à déceler, car les invasions secondaires qui passent très souvent inaperçues, prennent quelquefois précocement une telle importance qu'elles paraissent constituer la maladie même.

Nous signalons l'existence des *cancers latents* qu'au-

cun symptôme ne force à découvrir et *des cancers masqués*, les plus à craindre, à formes fébrile, inflammatoire, dysentérique, etc., peu étudiées jusqu'ici, qui ne se découvrent qu'avec peine.

Aussi, en résumé, le toucher vaginal et le toucher rectal s'imposent-ils dans toute affection, dont une manifestation paraît rayonner vers le bassin, et bien souvent y trouverons-nous la lésion primitive.

CHAPITRE IV

INDICATION DE LA VOIE ABDOMINO-PERINEALE SES AVANTAGES

L'exérèse des néoplasmes rectaux haut situés, étant seule capable de procurer à la malade, sinon toujours une guérison définitive, du moins une survie appréciable, doit être le but vers lequel doivent tendre tous les efforts des chirurgiens.

Ils ont alors à leur disposition deux méthodes: ou bien extirper le bout inférieur du rectum, après établissement d'un anus iliaque définitif, sans conservation de la portion anale quand le néoplasme est trop développé, lorsqu'il a envahi l'anus ou qu'il n'existe pas une bande de tissu sain sus-anal suffisante pour essayer de rétablir les fonctions sphinctériennes; c'est l'amputation pure et simple;

Ou bien extirper l'anse recto-sigmoïde, mais en conser-

vant l'anus périnéal et les fonctions sphinctériennes lorsque l'épithélioma rectal, tout en étant étendu, a laissé indemne la zone anale: c'est la résection partielle;

Elle a une variante: dans les cancers limités à la portion sigmoïdo-rectale, sans tendance à se propager dans le voisinage, l'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire bout à bout (suture circulaire). Dans ce troisième cas, c'est également une résection partielle, avec abaissement du bout supérieur vers le bout inférieur, puis suture des deux portions intestinales saines, rétablissement du conduit rectal, après exérèse du tissu néoplasique. (Procédé du professeur Tixier.)

Selon le siège, le développement, l'étendue de la tumeur, nous avons à notre disposition plusieurs voies pour réaliser son ablation. Mais, il est évident que, dans les néoplasmes qui nous occupent: cancers du haut rectum et de l'extrémité inférieure de l'anse sigmoïde chez la femme, les voies abdominales ou périnéales isolées, le plus souvent employées dans les cancers ampullaires, sous-ampullaires, sigmoïdaux, ne sont guère utilisables pour l'exérèse de la tumeur. On trouve, en effet, peu de tumeurs suffisamment extériorisables pour qu'on puisse en pratiquer l'ablation par résection et rétablissement de la continuité intestinale par la seule laparotomie.

De nombreuses conditions doivent être réunies: néoplasme de la portion sigmoïdo-rectale assez haut situé, mobilité suffisante de l'anse et de la tumeur, qu'on rencontre assez rarement. En outre, si le cancer appartient plutôt au haut rectum qu'à la portion sigmoïdo-rectale, l'opération par la voie abdominale seule devient impossible. (Lagoutte.)

Quant à la voie périnéale seule, elle permet quelquefois d'abaisser une grande longueur d'intestin. Mais il y a de notables variations dans la facilité d'abaissement du bout intestinal cancéreux. Or, si l'on n'a pas fait auparavant une laparotomie exploratrice, pour connaître le degré de mobilité du néoplasme, son étendue ou ses connexions, on reste complètement dans l'inconnu. Si la tumeur est haut située, l'abaissement sera pénible, l'exérèse du tissu néoplasique insuffisante, partant les récidives nombreuses.

Nous croyons donc, comme le professeur Quénu l'a si bien prouvé au début de ce siècle, que, dans ces cancers haut placés du rectum, les voies abdominale et périnéale, pratiquées isolément, sont insuffisantes. Il faut employer, pour aborder ces tumeurs du haut rectum et de la portion sigmoïdo-rectale, la voie abdomino-périnéale ou voie combinée. Seule, elle permet une exploration complète du néoplasme, la limitation de l'opération à un simple anus iliaque, au cas où le développement du cancer contre-indique l'opération radicale, des manœuvres opératoires plus faciles sous le contrôle de la vue, l'excision plus complète et plus large de la portion néoplasique et de l'atmosphère celluleuse qui l'entoure. Elle s'impose surtout si, comme l'ont fait MM. Tixier, Albertin, Gouilloud, Leriche, Lagoutte, les chirurgiens se décident aux opérations élargies en enlevant l'appareil utéro-annexiel, le rectum et le tissu cellulo-adipeux qui les entoure soit isolément, soit en un seul bloc comme le fait M. Albertin.

Ceci nous amène à parler de l'emploi des opérations élargies par la voie abdomino-périnéale: 1° avec anus

iliaque préalable, définitif, et amputation du rectum ; 2° avec anus iliaque temporaire et suture circulaire, après résection rectale partielle (méthode de Tixier) ; 3° avec résection de l'utérus ou des organes voisins, s'il existe une participation de l'utérus à la tumeur (Gouilloud) ; 4° enfin, avec résection systématique, en un seul bloc, de l'arbre utéro-annexiel, du rectum et du tissu cellulaire les entourant, abouchement du bout intestinal supérieur au sphincter, suture colo-sphinctérienne et rétablissement de la continuité intestinale et des fonctions sphinctériennes (méthode Albertin).

CHAPITRE V

OPÉRATIONS ÉLARGIES PAR LA VOIE ABDOMINO-PÉRINÉALE

Dans ce chapitre, nous exposerons les opérations abdominales ou abdomino-périnéales, combinées avec ou sans anus iliaque, soit temporaire, soit définitif, et nous aurons à signaler :

- 1° L'ablation abdomino-périnéale, avec anus iliaque définitif (Gaudier, Quénu, Gouilloud) ;
- 2° L'ablation abdominale ou abdomino-périnéale, avec hystérectomie préalable (Tixier), avec suture circulaire de l'intestin ou anus iliaque définitif ;
- 3° Enfin, en troisième lieu, nous examinerons en détail la méthode de l'ablation en bloc de l'appareil utéro-annexiel et du rectum cancéreux (Albertin), qui constitue la partie principale de notre étude.

Les avantages opératoires, que nous donne la voie combinée et particulièrement la voie abdomino-périnéale, dans

l'extirpation des épithéliomas du rectum à siège élevé, sont manifestes.

C'est elle qui paraît devoir mériter la préférence, pour réaliser l'ablation des tumeurs malignes du rectum supérieur et de la portion sigmoïdo-rectale un peu étendues chez la femme, car elle permet le mieux « de voir, d'enlever et réparer ».

La plupart des auteurs se rallient à cette voie combinée pour les cancers élevés du rectum. Cependant, malgré l'amélioration apportée par l'emploi de cette méthode dans la chirurgie du rectum chez la femme, elle possède encore des inconvénients. En effet, l'utérus et les annexes gênent considérablement la main et la vue du chirurgien pendant l'opération. L'utérus, étant interposé immédiatement au-devant du rectum et entouré d'une gangue celluleuse épaisse, a tendance à se laisser infiltrer par les cellules néoplasiques, qui gagnent rapidement les espaces lymphatico-conjonctifs, nombreux, compris dans ce tissu à trame très lâche. Il y a d'abord inflammation, hypertrophie du paramétrium et de l'utérus, puis envahissement du tissu péri-utérin, de l'utérus et propagation néoplasique à ces organes eux-mêmes, primitivement ou secondairement.

On connaît les nombreuses récidives signalées dans les organes génitaux internes de la femme et la tendance qu'ont les ovaires à subir la dégénérescence néoplasique, au cours des épithéliomas sigmoïdo-rectaux (Gouilloud). Tous les auteurs les ont signalées.

De plus, quand l'utérus n'est pas envahi par les cellules cancéreuses, il peut être souvent fibromateux, hypertrophié ou prolabé dans le Douglas, chez les vieilles femmes.

d'où gêne perpétuelle pour l'opérateur, qui voit mal, malgré la largeur relative du bassin chez la femme et la possibilité de réclinement de cet organe.

Il est aussi indispensable, pour éviter les récidives, d'enlever minutieusement tout le bloc infecté, jusqu'à sa dernière parcelle. Or, les manœuvres de décollement et d'extraction sont rendues très difficiles par la présence de l'appareil utéro-annexiel, toujours plus ou moins adhérent au rectum et au tissu péri-proctal, ainsi que par les adhérences inflammatoires ou néoplasiques du Douglas à l'isthme utérin et au rectum lui-même. L'utérus, les ovaires et le paramétrium sont donc une gêne, une très grande difficulté pour le chirurgien.

En outre, étant donnés les gros délabrements qui accompagnent toute excision large du cancer rectal assez étendu et en particulier l'amputation abdomino-périnéale, la péritonisation parfaite et minutieuse du pelvis, devient particulièrement malaisée: circonstance fâcheuse, car c'est le meilleur procédé de défense et de protection de la cavité coelomique. Quénu, en 1900, a bien démontré que « la péritonisation complète de toutes les surfaces cruentées devait être considérée comme un principe fondamental de la chirurgie abdominale. Elle seule empêche les réactions inflammatoires et l'infection, souvent latente dans le pelvis, de gagner la cavité abdominale ». Il faut donc toujours l'exécuter, sous peine de voir des phénomènes infectieux se produire après l'opération. Or, la brèche péritonéale étant souvent considérable, avant l'emploi des opérations élargies, le rétablissement de la continuité parfaite de la séreuse était souvent très délicat et insuffisant.

Pour toutes ces raisons, M. Tixier, jugeant des facilités et des avantages opératoires que donnerait l'ablation de l'utérus et des annexes, même sains, dans l'extirpation du rectum cancéreux chez la femme, conçut l'idée de faire une hystérectomie abdominale totale préalable de l'utérus sain.

Il exécuta cette opération, pour la première fois, en juillet 1905, et en fut ainsi le promoteur et l'instigateur. Il décrivit ensuite sa méthode et, depuis lors, par de nombreuses publications, il en montra la supériorité : extirpation des cancers du haut rectum très étendus rendue plus facile, suites opératoires meilleures, possibilité, dans les néoplasmes limités, de pratiquer une entérectomie, avec conservation du sphincter et, par conséquent, des fonctions sphinctériennes, suivie d'entérorraphie circulaire bout à bout, sans risquer de voir les malades exposées à des accidents infectieux péritonéaux, par péritonisation incomplète.

Le professeur Tixier, dans le cas de néoplasme du haut rectum ou de la portion sigmoïdo-rectale chez la femme, à forme molle, exubérante, volumineuse, étendue au sphincter ou l'avoisinant, sacrifie toute la portion terminale du tube digestif, y compris le sphincter, et fait un anus iliaque définitif, préalable. Il pratique une amputation abdomino-périnéale en deux temps, sacrifiant le sphincter anal, avec anus colique gauche terminal permanent, après avoir exécuté, quinze jours auparavant, une hystérectomie totale, même si l'utérus et les annexes sont sains. (*Thèse* de Richard, Lyon, 1911.)

Dans ce premier cas, l'anوس iliaque est définitif. L'amputation du rectum, en entier avec l'anوس, a été réalisée.

La présence d'un anus iliaque définitif est une infirmité extrêmement pénible. De plus, des complications peuvent survenir à son niveau. Aussi, chaque fois que c'est possible, devant des cancers petits, annulaires, sténosants, sans tendance à l'envahissement, les chirurgiens doivent conserver le sphincter anal qui, seul, permet le rétablissement ultérieur des fonctions normales.

Pour y parvenir, il faut faire une résection partielle de la tumeur, puis rétablir la continuité du tube digestif, soit par l'invagination à la Hochenegg, soit par le bouton de Lardennois, soit par l'entérorraphie circulaire bout à bout (méthode Tixier).

Dans le cas de cancer rectal recto-utérin, on peut appliquer l'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire bout à bout, suivant la méthode Tixier, après hystérectomie totale systématique préalable. L'utérus étant supprimé, le chirurgien opère dans un espace libre, agrandi et contrôlable par la vue.

Ses manœuvres opératoires sont ainsi grandement facilitées. Il pratique la suture circulaire par la seule voie abdominale, rétablissant ainsi la continuité intestinale parfaite.

A la méthode de M. Tixier, on peut objecter les deux laparotomies qu'elle comporte dans un court espace de temps.

Autant nous comprenons la nécessité de débarrasser le champ opératoire de l'utérus, dont la présence gêne à la fois les investigations pour déterminer l'étendue des lésions et les manœuvres opératoires pour faire l'exérèse rectale, autant nous comprenons mal la nécessité de faire

une première intervention uniquement pour enlever l'utérus.

L'ablation de cet organe ne comporte, ni choc opératoire, ni difficulté et nous estimons préférable de faire, de cette ablation, le premier temps opératoire, qui sera immédiatement suivi de l'ablation du rectum.

C'est ce que fait M. Guillaud, toutes les fois que l'utérus lui paraît en cause, envahi ou adhérent, et nous croyons bien, avec M. Albertin, que la plupart des chirurgiens n'accepteront la méthode Tixier que réduite à une seule séance opératoire, où les deux temps : hystérectomie et ablation de la tumeur rectale, seront réalisées.

M. Guillaud, sans faire de l'ablation de l'utérus un temps préliminaire, a pratiqué l'hystérectomie, avec ou sans les annexes, en cas d'envahissement de ces organes par la lésion cancéreuse à point de départ rectal ; c'est ce qui ressort de ses observations, publiées depuis 1903. Il le déclare, d'ailleurs, dans une communication de janvier 1908, à propos de sa douzième intervention, chez la femme, pour un cancer rectal. Il dit : « Si, dans ce cas, j'ai fait l'hystérectomie, c'est parce que la tumeur adhérait profondément au cul-de-sac péritonéal de Douglas. » M. Guillaud ne semble donc pas avoir posé, comme une indication opératoire nouvelle, le principe, soit de l'hystérectomie préalable, soit de l'hystérectomie concomitante.

Dans un dernier chapitre, nous étudierons en détail le procédé de M. Albertin, sa technique opératoire, les suites immédiates, éloignées de son opération et ses résultats définitifs, dont l'étude forme le principal objet de notre thèse. C'est l'opération élargie, par la voie abdomino-

périnéale, la plus nouvelle, la plus large et la plus complète que l'on puisse pratiquer dans la cure radicale des cancers du haut rectum chez la femme.

CHAPITRE VI

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique opératoire, adoptée en dernier lieu par M. Albertin, comporte trois phases: périnéale d'abord, abdominale ensuite et périnéale terminale, avec six temps séparés.

Premier temps périnéal

Dans un premier temps périnéal, M. Albertin fait tout d'abord, par une incision circulaire, la libération de la muqueuse anale et son décollement, à la façon de Whitehead, sur une hauteur qui dépasse le sphincter externe, soigneusement ménagé; puis, au-dessus du sphincter, il incise circulairement, sur le pourtour du rectum, la musculieuse, de façon à quitter le plan sous-muqueux pour gagner l'espace péri-rectal et libérer le rectum, qui pend, à la façon d'un battant de cloche, libre au milieu du périnée.

La dissection et l'isolement de la muqueuse ano-rectale s'accompagne d'une large dilatation spontanée, excentrique, du sphincter, et il est inutile d'en faire la dilatation préalable.

Le premier temps périnéal est complété par la fermeture solide, en bourse, de l'extrémité inférieure du tube rectal.

Si le décollement le permet, il faut libérer les insertions rectales du releveur de l'anus, de façon à pousser, le plus loin possible, l'isolement du boudin rectal. On tamponne soigneusement toute cette cavité jusqu'à obtention de l'hémostase, et, laissant le tamponnement en place, on passe au deuxième temps, la malade étant ramenée dans la position de Trendelenbourg.

Deuxième temps abdominal

Laparotomie. — Section des pédicules ovariens et ligaments ronds. — Isolement des uretères et de la vessie.

Après laparotomie médiane et mise en place d'un écarteur de Ricard, dont M. Albertin a fait amplifier les valves, de façon à avoir absolument à découvert la cavité pelvienne, M. Albertin lie et sectionne les pédicules utéro-ovariens et les ligaments ronds, il isole les uretères, la vessie, comme dans le Wertheim, en liant l'utérine et décroisant l'uretère; le grand lambeau péritonéal sus-vésical est conservé et le pourtour du vagin est isolé très bas, en avant et sur les côtés.

Troisième temps

Isolement du rectum et de la masse utéro-annexielle

On prolonge, sur les côtés et en avant du rectum, l'incision péritonéale du bord externe du ligament large, depuis le pédicule ovarien, d'un côté à l'autre, en incisant la masse rectale transversalement, dans le point le plus bas où il paraît décollable.

Le feuillet péritonéal postérieur, dont le bord libre est relevé, est destiné à rejoindre le bord libre du lambeau sus-vésical pour fermer, par leur suture, la cavité péritonéale. On pratique, à ce moment, la ligature de l'hémorroïdale supérieure, au lieu d'élection d'Hartmann, et on peut faire la chasse aux ganglions en explorant les vaisseaux. On passe ensuite à l'isolement du rectum : la main gauche va, en rasant le sacrum, décoller le rectum (M. Albertin opère toujours en se plaçant à droite de la malade), en arrière et sur les côtés, où l'isolement des uretères a préparé ce décollement.

En arrière, ce décollement doit être poussé jusqu'à rejoindre la brèche périnéale.

M. Albertin ne fait plus la section de l'intestin dans le ventre ; il préfère la pratiquer au périnée, après l'extériorisation du bloc à enlever.

Si le décollement est complet, on sent la masse se mobiliser en arrière. Il ne reste plus qu'à sectionner le vagin pour la libérer complètement.

Pour ce faire, avec les grands écarteurs employés pour le Wertheim, on récline la vessie en avant, les uretères sur les côtés, puis on sectionne le vagin vers son milieu.

obliquement, de façon à laisser une partie de la face postérieure adhérente au bloc à enlever.

On complète l'isolement en détachant, par quelques coups de ciseaux, les quelques insertions du releveur, qui séparent encore la zone abdominale de la zone périméale.

Quatrième temps

Abaissement, extériorisation du bloc recto-utéro-annexiel, par le vagin, en même temps qu'abaissement de l'anse sigmoïde, par décollement du méso. Péritonisation et fermeture de la cavité pelvi-péritonéale.

C'est à ce moment qu'une pince introduite par le vagin saisit le bout inférieur du rectum et abaisse la masse à enlever en l'attirant par le vagin au périnée.

Pendant que cette masse s'abaisse, on facilite sa progression par le décollement externe de Chaliier et de Duval, la libération du méso, dont on peut avoir à détacher quelque insertion; l'anse sigmoïde, redevenant rectiligne, prend la place du rectum, abaissé et extériorisé.

Il reste à péritoniser, c'est-à-dire à faire la suture des lambeaux antérieur vésical et postérieur présigmoïdien, et sur les côtés avec le feuillet externe des ligaments larges.

Cette péritonisation est assez facile; on arrive ainsi à fermer complètement en bas la cavité abdomino-péritonéale, puis on fait la suture de la paroi abdominale.

Cinquième temps

La malade est remise ensuite en position de la taille. La

masse à enlever étant extériorisée par le vagin, on en fait l'ablation. On la libérera en sectionnant l'intestin au-dessous de la tumeur et on ramène le bout libre sain du côlon sigmoïde dans la région anale à travers le sphincter conservé. (On enlève les quelques mèches de gaze qui n'ont pas été entraînées par le passage de la tumeur et on assure l'hémostase.) On assure la fixité de ce qui devient le bout inférieur :

1° Par quelques points de suture au catgut solidarisant les faisceaux du releveur avec le pourtour de l'intestin ;

2° Par la suture circulaire du bord libre intestinal à la marge cutanée de l'anus, faits avec du crin de Florence, réalisant, de cette façon, la reconstitution de la région ano-périnéale.

Sixième temps

Tamponnement hémostatique et drainage

L'ablation du bloc viscéral central pelvien laisse dans la région sacrée une grande cavité ; il est nécessaire de la tamponner, en attendant la descente progressive du bas-fond péritonéal et les adhérences des surfaces cruentées.

Il faut ensuite assurer l'écoulement de l'exhalation soit sanguine, soit séreuse, de cette surface avivée, par la combinaison du tamponnement et du drainage tubulé ou capillaire (gaze imbibée d'huile camphrée).

De chaque côté du coccyx, M. Albertin fait une incision pour le passage d'un drain qui, introduit par le vagin, contourne le néo-rectum. Ce drain peut être circulaire.

Il est doublé par des mèches de gaze qui, introduites par le vagin, vont tamponner de chaque côté la cavité péri-rectale.

L'utilisation du vagin comme orifice de drainage, pour l'introduction des mèches de gaze, combinée avec l'incision de décharge latéro-coccygienne, permet de laisser indemne la région ano-rectale reconstituée. Ce procédé ne trouble ni l'évolution des phénomènes d'adaptation de cette région, ni la stabilisation du rectum substitué.

Nous insistons sur l'importance de ce dernier temps; il constitue tout le pansement post-opératoire.

RESULTATS IMMEDIATS ET ELOIGNES

(Observation 1911 à 1921 avec survie actuelle)

A. — Suites immédiates

A la suite de l'intervention, la cavité péritonéale est complètement fermée et isolée par la reconstitution du péritoine pelvien et la fermeture de l'abdomen.

Il y a lieu de surveiller l'hémorragie post-opératoire, le plus souvent d'origine veineuse; on peut avoir à ajouter une ou deux lanières de gaze à celles déjà mises en place et dont l'extrémité libre sort par le vagin alors que l'autre extrémité tamponne la région pelvi-périnéale.

Le suintement séro-sanguinolent est assez abondant; il faut avoir soin de maintenir la perméabilité du drain allant de la vulve aux incisions de décharge latéro-coccygienne.

On peut enlever, au bout de quelques jours, une ou plusieurs mèches de gaz, en les remplaçant par d'autres moins tassées. Si la malade présente de l'inertie vésicale, il y a lieu, soit de faire le cathétérisme répété, soit même, de préférence, de laisser une sonde à demeure pendant quelques jours.

A côté de cette surveillance locale, il y a lieu d'instituer d'emblée le traitement du shock : sérum artificiel, huile camphrée, etc., car cette opération, faite le plus souvent sur des sujets anémiées, s'accompagne toujours de shock opératoire, plus ou moins marqué.

La période dangereuse des premiers jours franchie, il suffira de surveiller le drainage, de protéger les sutures ano-rectales; progressivement la cavité pelvi-périnéale se comblera; le néo-rectum restera en place et laissera échapper les matières fécales.

Progressivement le sphincter, retrouvant sa tonicité, fermera le bout inférieur, au moins pour les matières solides.

Il faut quelquefois s'opposer à la tendance qu'à le nouveau rectum à remonter; il sera bon, si besoin est, d'ajouter un fil ou deux sur la marge ano-rectale. Le pansement appliqué sur l'abdomen sera un peu volumineux, un peu compressif, de manière à maintenir la masse intestinale, plutôt en la refoulant légèrement qu'en permettant son ascension du côté de la région ombilicale.

Lorsque, localement, tout se passe bien, on voit l'état général se modifier rapidement; il se produit une véritable résurrection des malades. La nôtre, vue en août 1911, quatre mois après l'intervention, avait augmenté de cinq kilos, accusait un bien-être marqué et avait perdu la hantise des coliques douloureuses, qui la torturaient avant son opération.

B. — Suites éloignées. — Résultats définitifs

Pour les établir, il suffit de relater ici le résultat de

l'examen, fait en mars 1921, de la malade, opérée en 1911, qui est l'objet de l'Observation V.

Cette malade a été suivie depuis son opération.

Et, d'abord, pour répondre à l'inconvénient signalé par M. Tixier, il n'y a jamais eu, à aucun moment, de rétrécissement cicatriciel de l'anus périnéal, c'est-à-dire de la zone cutanée, où le bout inférieur de l'anse sigmoïde a été suturé. Le fait signalé par M. Tixier de « l'organisation, au niveau de l'anus, d'une zone cicatricielle très rétractile, constituant rapidement un rétrécissement difficile à combattre » n'est donc pas constant et peut être évité.

Déjà en 1911, en novembre, six mois après l'intervention, on constatait que l'état cicatriciel de la suture périnéale était de plus en plus satisfaisant, avec plus de souplesse. A l'état de repos, l'anus restait bien fermé et il n'y avait de l'incontinence des matières qu'en cas de diarrhée. Le toucher rectal permettait de sentir l'anneau musculaire sphinctérien se contracter avec une tonicité suffisante pour produire la striction sur l'index.

La continence existe pour les matières solides, qui ont la forme et l'aspect d'ovoïdes allongés. Il n'y a pas de dilatation ampullaire, sus-anale, mais l'intestin a un gros calibre et est remarquablement souple. Le besoin physiologique de la défécation se traduit de la façon suivante : au voisinage de l'anus, la présence des matières moulées fait naître une sensation de pesanteur un peu spéciale, qui rappelle le besoin d'aller à la selle, normal, mais, dit l'opérée, ce n'est pas tout à fait la même chose. Cette sensation est cependant suffisante pour inviter la malade à exonérer le bout inférieur de l'intestin.

Pour expulser les matières, il suffit d'un effort de l'abdomen auquel s'adjoit naturellement la contraction intestinale. Quelques lavements huileux facilitent l'expulsion du bol fécal.

Un régime alimentaire approprié préserve de l'hyper-sécrétion intestinale. Matières fécales moulées, aucune incontinence, pas le moindre ennui pourvu qu'on ne provoque pas la diarrhée.

En résumé, on voit que l'anus, reconstitué par la suture du bout sigmoïde au périnée, avec conservation du sphincter donne un bon résultat. A l'expérience, cette excellente restitution fonctionnelle se montre bien supérieure à l'anus iliaque définitif; avec ses misères, celui-ci, bien qu'imposé, n'est qu'une faillite chirurgicale.

Après l'état de la région ano-rectale, nous devons signaler celui de la région vulvo-vaginale.

Le toucher montre un vagin complètement reconstitué, par une muqueuse, sur toute sa hauteur et où l'on peut facilement introduire deux doigts.

Nous rappelons que l'intervention supprime la collette cervicale et une partie de la paroi postéro-supérieure, ce que l'on voit facilement en se reportant au dessin placé à la fin de notre thèse. La paroi postérieure du vagin s'est donc reconstituée au moyen de la paroi antérieure de l'anse sigmoïde abaissée, et il est remarquable que tous ces tissus aient conservé une parfaite souplesse. Au fond du vagin, on trouve un coin cicatriciel, analogue à celui observé après l'hystérectomie totale.

En résumé : reconstitution vaginale très satisfaisante, et, notons le fait sans y attacher plus d'importance qu'il

n'en comporte, conservation d'un conduit parfaitement habitable.

Du côté de la *vessie*, à part la parésie post-opératoire immédiate, il n'y a jamais eu de troubles fonctionnels. En 1911, en 1912, le catéthérisme, pratiqué après une miction volontaire, avait démontré que la vessie se vidait complètement.

En résumé, l'intervention, proposée et réalisée par M. le docteur Albertin, lui a donné le résultat suivant :

— Cure radicale d'un cancer du haut-rectum, guérison maintenue dix ans après l'intervention.

— Reconstitution anatomique et physiologique de la région ano-rectale.

— Conservation de la région vulvo-vaginale.

Nous croyons à l'avenir de cette méthode, toutes les fois qu'elle pourra être appliquée; c'est une opération « idéale » bien faite pour tenter les chirurgiens qui, avec le souci de la cure radicale du cancer rectal, ne perdent pas de vue la possibilité de la reconstitution anatomique de la région ano-rectale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(De M. le Docteur ALBERTIN)

T... Marie, 48 ans, entre dans mon service, à la Charité, le 21 mai 1906, pour un néoplasme haut situé du rectum.

Depuis un an, troubles de la défécation, ténesme, selles sanguinolentes. Amaigrissement progressif. Troubles vésicaux, dysurie. Au toucher rectal, on perçoit, à l'extrémité de l'index, la partie inférieure de la virole néoplasique.

8 juin 1906 : Laparotomie sous-ombilicale. Je pratique tout d'abord l'hystérectomie pour libérer le champ opératoire et me donner du jour sur le rectum.

Je libère ensuite le rectum de haut en bas en décollant quelques ganglions sacrés. Cette libération abdominale de l'intestin comprend la terminaison de l'anse sigmoïde et la totalité du rectum jusqu'aux releveurs de l'anus.

Je sectionne l'anse sigmoïde et fait traverser le bout terminal à travers une boutonnière iliaque de la paroi où sera l'anus artificiel.

Puis j'abandonne la cavité abdominale pour pratiquer l'extirpation périnéale du segment recto-sigmoïdal.

Cette extirpation faite, on bourre la cavité de mèches de gaze, puis, revenant à l'abdomen, on péritonise par-dessus le tamponnement, à l'aide du péritoine sus-vésical, qui est suturé au péritoine pariétal postérieur.

On ferme ensuite l'abdomen et on termine la fixation du bout terminal de l'anse sigmoïde au niveau de l'anus iliaque.

Pour diminuer l'étendue de la brèche périnéale, on passe

deux gros fils métalliques qui rapprochent les parties molles, en laissant un drainage au point déclive vers le coccyx.

Les suites opératoires ont été assez simples, malgré le shock opératoire, et la malade est sortie le 25 juin 1906, avant que la brèche périnéale ne fut comblée.

L'anus iliaque fonctionnait bien.

En décembre 1907, j'ai eu des nouvelles de la malade dont l'état de santé était bon, mais je n'ai pu l'examiner.

Dans deux autres cas, j'ai encore pratiqué l'hystérectomie préalable à l'ablation du rectum, et cela, spontanément, par commodité, sans savoir que ce procédé était spécialement recommandé par mon collègue et ami Tixier. Je souscris pleinement à ses conclusions, tendant à faire de l'ablation préalable de l'utérus, un temps nécessaire pour se donner du jour sur le rectum, lorsqu'on veut faire l'extirpation abdomino-périnéale de cet organe.

(In *Th. Dejeux*, Lyon, 1908.)

OBSERVATION II

(De M. le Docteur ALBERTIN)

Mme Bert..., 47 ans, entre à la Charité le 10 avril 1907 pour un néoplasme rectal de l'ampoule. Alternative de diarrhée et de constipation, quelques selles striées de sang; croit avoir des hémorroïdes; amaigrissement depuis un an. Pas d'occlusion vraie.

Intervention le 23 avril 1907.

Après l'ouverture de l'abdomen, je trouve un néoplasme rectal siégeant au niveau du Douglas qui est cloisonné avec des adhérences à la face postérieure de l'utérus. L'infiltration péri-rectale paraît descendue trop bas pour qu'on puisse rien conserver du côté périnéal, et il faut se résoudre à un anus iliaque définitif. C'est alors que je décide d'enlever en bloc le rectum cancéreux, l'utérus et les annexes.

L'anse sigmoïde est sectionnée à sa partie moyenne et on procède comme dans le Wertheim à l'isolement de l'utérus et des annexes, en réclinant les uretères de chaque côté, et la vessie en avant. Après section transversale du méso-rectum

on décolle avec la main gauche le rectum de la concavité sacro-coecygyenne.

En avant, le vagin est sectionné obliquement d'avant en arrière et de haut en bas.

On a ainsi isolé au milieu du bassin la masse à enlever; il ne doit rester dans la cavité que les uretères et la vessie.

On fixe le bout supérieur de l'anse sigmoïde à travers la boutonnière iliaque pour établir l'anus artificiel. On péritonise la cavité pelvienne à l'aide du péritoine sus-vésical qui, attiré en arrière, vient rejoindre le méso décollé, au niveau de la ligature des pédicules ovariens. On utilise, sur les côtés, le péritoine du feuillet externe des ligaments larges. On reconstitue le bas-fond de la cavité péritonéale. Fermeture de l'abdomen.

On met ensuite la malade dans la position de la taille et on fait, par une incision péri-anale, l'ablation de la masse recto-utéro-annexielle laissée dans le fond du pelvis.

Large drainage périnéal.

La malade a succombé au shock opératoire, 48 heures après l'intervention.

OBSERVATION III

(De M. le Docteur ALBERTIN)

M. Rob... Antoine, 44 ans, entre à la Charité le 17 septembre 1908 pour des troubles intestinaux, selles sanglantes, glaireuses et diarrhéiques. Début de l'affection il y a quatre ans. Amaigrissement. Inappétence, douleurs, ténesme.

A l'examen, au toucher vaginal, col normal, utérus un peu gros. Au toucher rectal, on trouve la partie antérieure de l'ampoule indurée et ulcérée avec des masses bourgeonnantes. Il est impossible d'arriver à la limite supérieure de la tumeur, on ne retrouve pas d'ulcérations à la partie postérieure. A la palpation abdominale, le côlon est distendu, l'anse sigmoïde fait un peu de relief, à cause de la rétention fécale.

Le 14 septembre 1908, on pratique un anus iliaque qui sera définitif.

L'anus iliaque fonctionnant bien et l'état de la malade s'étant amélioré, on intervient le 14 octobre.

Laparotomie médiane. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on trouve un utérus gros, fibromateux et derrière lui un gros néoplasme recto-sigmoïdien fixé à l'utérus d'une part et peu mobile sur le plan postérieur du bassin.

On sectionne l'anse sigmoïde un peu au-dessous de l'anus iliaque et on ferme en cul-de-sac la petite portion de l'intestin adhérente à l'anus artificiel.

On commence alors, comme dans le Wertheim, par la ligature et la section des pédicules ovariens et du ligament rond, la ligature des hypogastriques, l'isolement des uretères et de la vessie.

On décolle le rectum du plan postérieur assez péniblement. On complète sur les côtés et on finit par arriver jusqu'au périnée; on sectionne la partie antérieure du vagin pour libérer complètement le bloc de la région vésicale.

La masse étant trop volumineuse pour être refoulée et permettre la péritonisation par-dessus, on met la malade dans la position de la taille. Une incision péri-anale permet de compléter la libération périnéale du bout inférieur du rectum et on extrait par la brèche périnéale la masse recto-utéro-annexielle en bloc.

On bourre la cavité de compresses de gaze, on remet la malade en position de Trendelenbourg atténuée et on péritonise avec le péritoine sus-vésical en avant, le méso décollé en arrière, sur les côtes on rejoint les feuillets externes des ligaments larges. Fermeture de l'abdomen.

Ensuite, du côté du périnée, à l'aide de sutures profondes, on retrécit le plus possible la cavité laissée libre par l'ablation des organes. On draine par la région anale et le vagin. On met une sonde à demeure.

La masse enlevée est constituée par l'utérus, les annexes, le rectum tout entier et une partie du périnée, le tout formant un seul bloc. A l'ouverture du rectum, on trouve une grosse masse bourgeonnante ayant oblitéré partiellement la lumière intestinale et répandant une odeur fétide.

Suites opératoires. — La malade a eu du choc opératoire. A paru se remettre à la suite d'injections de sérum, huile camphrée, caféine, etc. Mais elle a succombé le 17 octobre 1908.

OBSERVATION IV

(De M. le Docteur ALBERTIN)

M. C..., 50 ans, entre à la Charité le 20 juin 1910 pour des troubles intestinaux. On constate la présence d'un néoplasme du rectum étendu à l'ampoule rectale remontant un peu plus haut et ayant produit une réaction péri-rectale marquée, le rectum étant devenu rigide, un peu cartonné, peu mobile.

Le 7 juillet 1910, j'opère la malade et présente le soir même la pièce à la *Société de Chirurgie*.

En vous présentant cette énorme tumeur du rectum, dont j'ai fait l'ablation ce matin, je voudrais vous exposer le manuel opératoire que j'ai adopté pour certaines formes de cancers du rectum chez la femme, alors que la voie abdomino-périnéale a été choisie. J'estime que lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer recto-sigmoïdien assez développé pour nécessiter une grosse intervention, l'ablation abdomino-périnéale du rectum et d'une partie de l'anse sigmoïde, il n'y a pas à se préoccuper de la conservation des organes génitaux internes; il y a même lieu de les sacrifier si l'opération doit être, de ce fait, *plus facile et plus complète*.

J'ai institué cette technique à peu près à l'époque même où Tixier proposait l'hystérectomie préalable dans un premier temps comme moyen de faciliter l'ablation du rectum cancéreux chez la femme. Je crois qu'il est bien plus simple de laisser l'utérus adhérent à la partie antérieure du rectum et d'enlever le bloc formé par le rectum et l'appareil utéro-annexiel.

En outre, l'atmosphère celluleuse péri-rectale n'est pas séparée du paramètre dont on pratique simultanément l'ablation.

En résumé, il n'y a à conserver dans le bassin qu'un seul viscère, c'est la vessie et les uretères; tout le reste, rectum, utérus, vagin, trompes et ovaires, tissu cellulaire péri-rectal et péri-utérin, s'enlève d'un seul bloc, comme vous pouvez le voir sur ces pièces.

On fait un véritable évidement du bassin qui doit donner toutes les chances d'une cure radicale d'un cancer pelvien, puisque le maximum de tissu cellulaire péri-viscéral est enlevé.

Cette opération serait certainement celle qui répondrait le mieux aux conditions de la cure radicale du cancer utérin et je l'aurais déjà adoptée si la perspective d'un anus iliaque définitif ne m'avait suggéré des scrupules. J'attends de me trouver en présence d'un cas où le rectum soit suffisamment intéressé par le néoplasme de l'utérus, pour lui appliquer cette thérapeutique.

La laparotomie faite, on exécute les temps suivants :

Premier temps. — Pincement, section et ligature des pédicules ovariens et ligament rond.

Deuxième temps. — Ligature des artères hypogastriques, libération des uretères, ligature de l'artère utérine, décroisement de l'uretère et décollement vésical (large collerette péritonéo-vésicale).

Troisième temps. — Ligature et section de l'anse sigmoïde. Incision du péritoine postérieur de chaque côté du rectum (collerette péritonéale postérieure).

Quatrième temps. — Isolement du bloc formé par le rectum et les organes génitaux internes. Décollement face postérieure du rectum jusqu'à la pointe du coccyx et la face supérieure des releveurs ; sur les côtés, jusqu'au creux ischio-rectal ; en avant, jusqu'au vagin, dont la paroi antéro-latérale est sectionnée. (Cette manœuvre est facilitée par la réclinaison des uretères et de la vessie avec les écarteurs adoptés pour le Wertheim.)

La masse recto-utéro-annexielle ne tient plus que par le pédicule recto-anal et la paroi postérieure du vagin.

Cinquième temps. — Le bout supérieur de l'anse sigmoïde est fixé à travers une boutonnière de la paroi pour constituer un anus iliaque définitif.

On péritonise au-dessus de la masse recto-utéro-annexielle en suturant la collerette péritonéale antérieure à la postérieure. Fermeture de l'abdomen.

Sixième temps (périnéal). — Incision cutanée péri-anale. On détache les insertions postérieures du rectum, la main complète l'isolement en arrière et sur les côtés. L'index, introduit en crochet, passe de chaque côté au niveau de l'incision vaginale faite dans le temps abdominal et permet de sectionner les attaches latérales, la paroi postérieure du vagin restant adhérente au rectum.

Le bloc libéré est extrait par la brèche périnéale. Tamponnement à la gaze.

Suture périnéale profonde pour retrécir la cavité par mobilisation et adossement des parties molles. Drainage à l'angle inférieur de la plaie, et tamponnement à la gaze. (Ce rapprochement des parties molles par des sutures à distance a une grosse importance pour les suites opératoires.)

Voici sommairement exposé le manuel opératoire de l'intervention la plus large que l'on puisse opposer au cancer du haut rectum chez la femme et que j'ai exécuté chez cette malade :

Suites immédiates. — 10 juillet 1910 : L'anus iliaque fonctionne bien. A laissé échapper des gaz et quelques matières.

On est obligé de sonder la malade et de faire des lavages vésicaux.

La cavité périnéale se déterge bien, il est nécessaire de faire un pansement quotidien.

10 août : La cavité s'est progressivement retrécie et comblée, il reste encore un trajet fistuleux avec un petit drain.

14 août 1910 : La malade rentre chez elle.

J'ai eu des nouvelles de cette opérée pendant deux ans et l'ai perdue de vue depuis.

C'est un cas à anus iliaque définitif.

OBSERVATION V

(De M. le Docteur ALBERTIN)

M. B..., âgée de 48 ans, est soignée depuis plusieurs mois pour des troubles intestinaux, alternatives de diarrhée et de constipation, occlusion chronique et cachexie, en dernier lieu. Elle me fut adressée avec le diagnostic de cancer recto-sigmoïdien, par mon excellent maître et ami Bouveret.

En présence d'une énorme coprostase perçue à travers la paroi abdominale et d'un état cachectique déjà marqué, je fis un anus iliaque gauche pour permettre à l'intestin de se libérer et à la malade de reprendre des forces. En un mois et demi elle récupérait trois kilos de poids et un état général un peu meilleur. Je jugeais la malade suffisamment résistante pour

affronter l'intervention définitive qui fut pratiquée le 9 mai 1911.

La laparotomie faite, je constatai la présence du néoplasme à l'extrême limite supérieure du rectum et je reconnus bien vite qu'il me serait impossible d'abaisser le bout supérieur, si je ne libérais pas le côlon de son anus iliaque. C'est ce que je fis; la paroi du côlon séparée de la paroi abdominale, je fermais l'intestin par une double suture au catgut sur la muqueuse et à la soie sur les tuniques musculaire et péritonéale. Ce fut le *premier temps* de l'opération : *annulation de l'anus iliaque et fermeture du côlon à son niveau*.

Dans un *deuxième temps*, je fis comme dans le Wertheim, la section et la ligature des pédicules ovariens et des ligaments ronds.

Dans un *troisième temps*, je libérai les uretères, surtout en arrière, puis jusqu'à la vessie, qui, détachée de l'utérus, fut aussi réclinée; en terminant ce temps, je fis la ligature des hypogastriques et l'isolement du bloc recto-utéro-annexiel, en le décollant le plus bas possible sur son pourtour; la présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit me gênant, j'enlève l'appareil utéro-annexiel en sectionnant le vagin.

Dans le *quatrième temps*, je sectionne le méso-côlon pelvien, fais la ligature de la mésentérique inférieure, enlève quelques ganglions remontant dans le méso plus haut que cette dernière, puis constatant que l'abaissement du bout supérieur se fait mal, je décolle le côlon iliaque et le côlon descendant très haut, à la façon de Duval, après avoir clivé le péritoine sur leur bord externe. Cette manœuvre permet l'abaissement.

Cinquième temps. — Temps périnéal. La malade étant placée dans la position de la taille et sans dilatation préalable, la muqueuse anale fut incisée sur une hauteur de 2 ou 3 centimètres et séparée de la tunique musculaire du rectum, puis une incision transversale pré-anale permit le décollement de la partie antérieure du rectum, l'isolement des faces latérales et de la partie postérieure. Ceci fait, les attaches de section furent coupées et le rectum attiré dans l'incision pré-anale fut enlevé. L'hémorragie fut assez abondante, et la plaie fut fortement tamponnée.

Sixième temps. — La malade fut alors replacée en position de Trendelenburg; une pince enfilée par l'orifice anal alla cher-



Vue de la pièce entière, du bloc-utéro-annexiel. Le rectum est fendu
au niveau de la tumeur

cher le bout supérieur de l'intestin et l'amena avec quelque peine au périnée.

Septième temps. — Je pratiquai ensuite la péritonisation par suture du péritoine colique au péritoine vésical, et le ventre fut refermé (après que l'on y eut versé 500 grammes de sérum) évidemment sans drainage, mais après curettage, cautérisation et tamponnement de l'orifice de l'ancien anus artificiel.

Huitième temps. — La malade étant remise dans la position de la taille, le côlon abaissé fut suturé au crin de Florence à la peau de la région anale; quelques points de catgut fixant les tuniques externes du côlon au canal sphinctérien, en avant, là où ce canal était le mieux conservé. Des mèches furent placées latéralement par l'incision pré-anale, et un drain rétro-rectal passé par une boutonnière, faite en arrière de l'anus.

L'examen de la pièce vous montre qu'il a été enlevé 28 centimètres d'intestin. La plaque cancéreuse circulaire a environ trois doigts de hauteur: elle siège au tiers supérieur. La partie anale du rectum est dépouillée de sphincter en avant, mais il est entouré en arrière par un fragment sphinctérien emporté avec le rectum.

Les suites de cette intervention furent simples et la guérison se fit sans incident. La suture colo-anale a tenu parfaitement; l'anus est resté béant pendant quelque temps, puis il s'est rétracté et un peu rétréci. Un mois après il avait recouvré sa tonicité et un fonctionnement satisfaisant. C'est à ce moment que la malade partit, ne gardant plus qu'un petit trajet fistuleux postérieur.

J'ai revu hier cette malade: la cicatrisation est complète, l'appareil vulvo-périnéal semble normal et le doigt introduit dans le rectum constate l'existence d'un anneau assez rigide, mais dilatable et sent les contractions élévatoires du releveur anal.

Bref, le résultat anatomique et fonctionnel est parfait.

C'est donc, on le voit, un très bel exemple du *traitement idéal du cancer recto-sigmoïdien*.

La malade, qui fait l'objet de l'observation V a été revue et examinée par M. Albertin le 15 mars 1921.

La cure radicale du néoplasme rectal peut être considérée comme réalisée, la malade ayant été opérée le 9 mai 1911.

(Présentation des pièces anatomiques à la *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 15 juin 1911.)

Elle est donc opérée depuis dix ans et la guérison s'est maintenue.

Le sphincter est continent, la malade éprouve de la pesanteur avec le besoin d'aller à la selle, mais pas tout à fait comme avant l'intervention, dit-elle. Elle a adopté un régime pour éviter la diarrhée.

La vessie fonctionne bien.

Le vagin est reconstitué, se termine par un cul-de-sac cicatriciel, admet deux doigts, donne au toucher l'impression d'un vagin normal.

L'état général est excellent. Cette femme a actuellement 59 ans, est tout à fait bien portante.

OBSERVATION VI

(De M. le Docteur ALBERTIN)

Mme C..., 43 ans, m'est adressée par le Docteur Curbillet, d'Alger, pour une tumeur ulcérée du rectum siégeant à la face antérieure et haut située. Elle correspond à une masse occupant le cul-de-sac de Douglas où on la perçoit par le toucher vaginal.

Etat général bon. A deux enfants bien portants.

Intervention le 21 février 1912. — Je me propose de faire l'ablation en bloc du rectum cancéreux et de l'appareil utéro-annexiel avec conservation du sphincter périméal et aboutissement à l'anus de l'anse sigmoïde abaissée.

La technique opératoire décrite ci-dessous a été rédigée par mon interne, M. Bouget, qui m'a assisté dans cette opération.

1° Temps périméal initial.

Incision circulaire à la ligne de jonction de la muqueuse et de la peau. On dissèque le sphincter qui se dilate, puis on isole le mamelon muqueux à la façon de Whitehead, on comprend ensuite la totalité du boudin rectal : muqueuse et musculuse jusqu'à la limite supérieure des fibres du releveur. On lie le moignon ano-rectal et on assure sa fermeture par trois

points de suture au-dessous de la ligature. On met en place un tamponnement périnéal pour faire l'hémostase.

2° Temps abdominal.

Section entre deux pinces de l'anse sigmoïde assez bas.

Libération du méso de la portion à enlever et décollement en haut de la portion à abaisser. Au cours de ces manœuvres, un seul vaisseau sanguin c'est l'hémorroïdale supérieure dont on fait la ligature.

On touche à la teinture d'iode les branches de sections intestinales et on les isole par des compresses de gaze.

Puis section des pédicules ovariens et des ligaments ronds. Isolement des urètres et de la vessie, ligature de l'utérus et décroisement comme pour le Wertheim.

En protégeant, au moyen des grands écarteurs, les urètres et la vessie, on sectionne obliquement le vagin. Le lambeau antérieur est coupé haut; en arrière, au contraire, pour laisser la cloison vagino-rectale adhérente au bloc, le ciseau descend à la hauteur des releveurs.

C'est dans le temps latéral que la protection des urètres est la plus délicate.

On passe au décollement postérieur du rectum qui aboutit à la libération complète de tout le bloc à enlever, et on l'extraît par l'abdomen.

Après l'extraction, un aide, à l'aide d'une pince introduite par l'anus, saisit le bout terminal de l'anse sigmoïde et l'amène à l'anus, à travers le sphincter.

L'anse sigmoïde qui a été mobilisée descend facilement.

On termine rapidement le temps abdominal par la péritonisation à l'aide du lambeau antérieur sus-vésical et du méso, en arrière des ligaments larges sur les côtés.

Fermeture de la paroi à trois plans.

3° Temps périnéal terminal.

Après quelques points au catgut fixant la tunique musculaire de l'anse aux releveurs, on fixe le bout terminal de l'intestin à la marge cutanée de l'anus par une série de points assez serrés au crin de Florence.

Enfin drainage par le vagin et deux incisions symétriques entre les ischions et l'anus.

Suites opératoires immédiates. — La malade a bien supporté l'intervention. La température a oscillé entre 37°5 et 38°2 (rectale).

On a sondé la malade pendant les premiers jours et il s'est produit de la cystite.

Le 5 mars, les selles étaient moulées, le besoin d'aller à la selle se traduisait par une sensation de pesanteur à l'anus. Pas de réaction péritonéale.

La malade quitte la clinique le 1^{er} avril 1912.

Suites éloignées. — Elle a donné de ses nouvelles le 12 avril 1912. Etat satisfaisant, un peu de polyurie.

22 mai : est rentrée en Algérie, a bien supporté la traversée, fait ses trois repas par jour. Les fonctions intestinales se font bien, avec un peu d'incontinence si les matières ne sont pas solides.

29 août : Bon état général, reprend du poids, 58 kilos, un peu de prolapsus de la muqueuse ano-rectale.

24 septembre 1912 : un peu de desquamation membraneuse enrobant quelquefois les matières, avec un peu de mucus. Il n'y a plus de prolapsus de la muqueuse.

Le Docteur Martin, qui a examiné la malade, avait constaté un peu d'induration du côté gauche, probablement de nature inflammatoire, car elle est en voie de disparition. L'état général est excellent, pas de douleurs. Le poids a augmenté de 14 kilos depuis l'intervention (25 novembre 1912).

Le 27 avril 1913, la malade va très bien, pèse 70 kilos, c'est-à-dire 19 kilos de plus qu'au moment de l'intervention, a très bon appétit, ne souffre absolument pas. « Elle prend soin de provoquer l'évacuation intestinale tous les matins par un lavement, ce qui lui permet d'être tranquille pour 24 heures. »

Un peu de parésie vésicale.

28 octobre 1913 : La malade continue à prendre un lavement le matin, le retient très bien quelque temps, puis évacue l'intestin.

Elle fait cela tous les matins, n'a pas d'incontinence, n'a plus à se préoccuper d'aller à la selle avant les 24 heures.

9 janvier 1914 : La malade va très bien, mais se plaint de grossir, elle est en excellente santé.

— Je n'ai plus eu de nouvelles de mon opérée, mais j'ai

cependant eu par écho la nouvelle que la guérison ne s'était pas maintenue; je suis à la recherche des derniers renseignements.

OBSERVATION VII

(De M. le Docteur ALBERTIN)

Mme D..., 52 ans, entre à la Charité le 24 janvier 1913. Bonne santé habituelle. Ménopause à 47 ans.

Depuis un an, constipation opiniâtre ne cédant qu'imparfaitement aux purgatifs. Coliques fréquentes, selles glaireuses, tantôt diarrhéiques, tantôt rubannées et quelquefois striées de sang.

Ces signes physiques sont accompagnés de phénomènes douloureux dans la région coccygienne avec irradiation dans la fesse gauche. Inappétence, amaigrissement.

A l'examen, au toucher vaginal, on perçoit au niveau du cul-de-sac postérieur une masse irrégulière occupant le rectum.

Au toucher rectal, on trouve à la face antérieure du rectum, au niveau de la partie supérieure de l'ampoule, une tumeur étalée en surface dont la base est dure, le fonds inégal, croséiforme avec de multiples bourgeons.

On fait le tour de la tumeur complètement. Les parois du rectum sont relativement libres, sauf à la partie supérieure de la tumeur, dans l'angle droit où on a un peu d'infiltration qui remonte.

Intervention le 31 janvier 1913.

1° Temps périnéal : Dissection du sphincter, isolement du rectum le plus haut possible sur une hauteur de 6 centimètres environ. Le rectum est fermé à sa partie inférieure par une ligature. Tamponnement de la plaie.

2° Temps abdominal : Ligature et section des pédicules ovariens et des ligaments ronds. On aborde la tumeur comme dans les premiers temps du Wertheim. Mais pas de ligature des hypogastriques. Isolement des uretères et de la vessie. Ligature de la mésentérique inférieure.

Isolement du rectum et du bloc utéro-annexiel par décolle-

ment postérieur et latéral. Section oblique de la paroi postérieure du vagin et libération de quelques fibres du releveur. Une pince prenant le rectum l'abaisse à travers le vagin entraînant la masse à extirper.

Pour permettre cet abaissement on décolle le méso à la partie supérieure au voisinage de l'incision péritonéale qui a été faite pour la ligature de la mésentérique et on fait descendre l'anse sigmoïde qui se redresse.

Péritonisation et fermeture de l'abdomen.

3° Temps périnéal : Section de l'intestin au-dessus de la tumeur au ras de la vulve, puis on ramène le bout sigmoïdien à l'anus à travers le sphincter, on fixe le releveur sur le pourtour du cylindre intestinal, on refait le périnée par quelques points profonds.

Drainage par le vagin et deux contre-ouvertures entre l'ischion et l'anus en dehors du sphincter.

Suture du bout terminal de l'intestin à l'incision circulaire cutanée de la marge de l'anus.

Sondé verticale de Pezzer à demeure.

(Ce manuel opératoire a été rédigé en détail par mon interne, M. Sigaud, qui m'a assisté dans cette opération.)

Suites immédiates. — La malade présente un peu de shock, mais se réchauffe bien, le pouls reste petit mais régulier.

1^{er} février : Il ne s'est pas écoulé d'urine par la sonde à demeure.

2 février : L'anurie persiste totale. Il n'y a pas de réaction péritonéale. La température axillaire ne dépasse pas 38°.

3 février : Persistance de l'anurie. La malade succombe à cette complication.

OBSERVATION VIII

(De M. le Docteur ALBERTIN)

Mme P... Julie, 41 ans, entre à la Charité le 3^{er} mai 1914 pour de l'entérite chronique et un petit polype utérin. Depuis plus d'un an elle est constipée avec des périodes de diarrhée, a maigri, souffre d'épreintes anales et de gêne de la miction par intervalles.

A l'examen, petit polype utérin faisant saillie à travers le col. Au toucher rectal, ulcération néoplasique bourgeonnante de la moitié supérieure de l'ampoule occupant presque tout le pourtour de la lumière intestinale.

Intervention le 12 mai 1914.

1° Temps périnéal : Dissection du sphincter, isolement du bout inférieur du rectum, on constate un peu d'infiltration du tissu cellulaire péri-rectal, qui rend cette libération un peu laborieuse.

2° Temps abdominal : Isolement et libération du bloc utéro-annexiel qui est abaissé et extériorisé par le vagin. Péritonisation et fermeture de l'abdomen.

3° Temps périnéal : Section de la partie supérieure du rectum et abouchement du bout recto-sigmoïde à travers le sphincter à la marge cutanée de l'anus.

Drainage par le vagin et deux incisions de décharge entre l'anus et les ischions.

Les suites opératoires n'ont rien présenté d'anormal, le drainage a bien fonctionné permettant l'irrigation de la cavité péri-rectale.

Les matières s'écoulent par l'anus qui retient les matières solides, mais laisse écouler les matières liquides. La malade sort en bon état le 26 juin 1914.

Suites éloignées. — La malade revient dans le service le 23 septembre 1915 parce qu'elle a de l'œdème de la région fessière gauche depuis trois semaines.

Elle allait assez bien auparavant, mais depuis un mois elle a maigri et souffre dans la région du petit-bassin et dans la jambe gauche.

Au point de vue local, le sphincter fonctionne bien et permet la continence des matières fécales à la condition qu'elles soient solides, mais le besoin d'aller à la selle est impérieux et il faut que la malade y satisfasse immédiatement, sinon le bol fécal est expulsé spontanément.

Le toucher rectal démontre malheureusement une récurrence dans la région périnéale, surtout en arrière et à gauche où existe une cavité anfractueuse avec une masse doublant le rectum à ce niveau.

L'infiltration périnéale signalée au moment de l'interven-

tion, explique peut-être qu'un foyer lymphatique ou ganglionnaire minime a pu échapper à l'examen et a été le point de départ de la récurrence, qui a secondairement envahi la portion d'intestin abaissée qui était sûrement saine.

Vers fin septembre, il se produit un phlegmon ischio-rectal gauche que l'on incise. La malade reste dans le service où elle se cachectise progressivement pour succomber le 11 novembre 1915. La vérification chez Morgagni n'a pu être faite en raison d'une opposition à l'autopsie.

OBSERVATION IX

(De M. le Docteur ALBERTIN)

Veuve P..., 64 ans, entre à la Charité le 24 février 1915 pour des troubles intestinaux; a fait, il y a six mois, un séjour à l'hôpital de la Croix-Rousse pour l'affection actuelle.

Début apparent, il y a un an, par alternatives de diarrhée et constipation avec douleur dans la région anale. Périodes d'occlusion temporaire avec coliques violentes. Selles striées de sang il y a deux mois, petites hémorragies rectales récentes. Etat général passable.

A l'examen, l'index perçoit à la partie sus-ampullaire du rectum un rétrécissement néoplasique serré donnant la sensation d'un col utérin bourgeonnant.

Quelques végétations dans l'ampoule.

Le 6 mars 1915, intervention.

1° Temps périnéal : dissection du sphincter, isolement du bout inférieur du rectum.

2° Temps abdominal : Libération du bloc recto-utéro-annexiel, qui est abaissé par le vagin. Péritonisation ou fermeture de l'abdomen.

3° Temps périnéal : Abouchement de la terminaison de l'anse sigmoïde à l'anus. Drainage.

Malgré que l'intervention ait été rapidement exécutée, la malade présente des signes de shock marqué.

Elle succombe dans la soirée.

L'examen de la pièce montre un néoplasme sténosant de la

partie supérieure de l'ampoule avec quelques noyaux disséminés dans la cavité ampullaire.

Au point de vue opératoire, l'intervention a réalisé la plus large exérèse. Mais l'âge avancé de la malade et la diminution de la résistance par l'évolution de l'affection cancéreuse ne lui a pas permis de supporter le choc opératoire.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉRARD)

Une femme de 58 ans, entre le 25 février 1921 à la salle André Lumière pour néo du rectum occupant la face antérieure, à bout de doigt, le toucher rectal n'atteignant que le bord inférieur de l'ulcération, le rectum étant mobile par rapport au plan pelvien et paraissant fixé au cul-de-sac vaginal postérieur.

Très bon état général.

Le 1^{er} mars on fait un anus préalable iliaque gauche qui fonctionne bien et, le 15 mars, après plusieurs lavages du péritoine inférieur, on fait l'ablation abdominale.

Rachianesthésie à la neurocaïne (10 centigr.).

La laparatomie montre un néo-recto-sigmoïde exactement au niveau du Douglas avec adhérence de la paroi antérieure du rectum au cul-de-sac vaginal et à l'isthme utérin.

Section haute de l'S iliaque à quelques centimètres de l'anus artificiel ; enfouissement du bout supérieur qui est soigneusement péritonisé. Ligature du méso iliaque de proche en proche et *ablation en un seul bloc de l'S iliaque, du rectum et de l'utérus*. Pour cela recherche des uretères des deux côtés. Ligature très externe des utérines et dissection très large du vagin au cours de laquelle se produit d'ailleurs une moucheture vésicale.

Le rectum est sectionné au ras du releveur de l'anus et le moignon inférieur fermé en bourse.

On termine par bourrage à la gaze du petit bassin au-dessus duquel on peut faire une péritonisation complète.

On laisse une sonde à demeure dans la vessie.

Suites opératoires. — Tous les jours, on pratique une injec-

tion de 30 centimètres cubes de sérum antigangréneux (anti-perfringens et antioedématisiens). La température ne s'élève jamais au-dessus de 38°. La mèche pelvienne est enlevée par le vagin le quatrième jour.

A la date du 8 avril, les suites ont été très bonnes au point de vue état général et absence de phénomènes septiques. Mais la fistulette vésicale n'est pas encore tarie et retarde encore la convalescence de l'opérée.

Cette observation présente un double intérêt parce que, outre l'ablation en un seul bloc, elle combine le traitement chirurgical au traitement médical (sérum antigangréneux) qui a donné d'excellents résultats post-opératoires à M. le Professeur Bérard.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du *haut-rectum* chez la femme, en raison des rapports anatomiques des organes pelviens, comporte une thérapeutique chirurgicale spéciale.

II. — Les voies abdominale et abdomino-périnéale seront préférées pour la cure radicale des cancers du haut-rectum.

III. — La méthode du professeur Tixier, exécutée en une seule séance, paraît devoir être réservée aux cas permettant la résection intestinale suivie de la suture du bout supérieur au bout inférieur.

IV. — Dans le cas de cancer étendu du haut-rectum chez la femme, la méthode de M. Albertin : ablation en bloc de l'appareil utéro-annexiel et du rectum cancéreux avec abouchement du côlon à l'anus à travers le sphincter conservé, nous paraît être la méthode idéale.

Le Président de la Thèse,

Vu :

L. BERARD.

LE DOYEN,

. JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 14 avril 1921.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. — Amputation abdomino-périnéale du rectum (*Lyon Médical*, 6 mai 1907, p. 870; *Société de Chirurgie de Lyon*, 1907, p. 52).

— De l'ablation en bloc des organes génitaux internes et du rectum comme méthode opératoire du cancer rectal chez la femme (voie abdomino-périnéale) (*Lyon Chirurgical*, 1910, page 405).

— De l'ablation en un seul bloc de la masse recto-utéro-annexielle et du tissu cellulaire périphérique comme méthode opératoire dans le cancer du rectum chez la femme (voie abdomino-périnéale) (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} février 1911, page 109).

— Ablation abdomino-périnéale d'un cancer du haut-rectum chez la femme. Résection de 28 centimètres d'intestin avec conservation du sphincter. Abouchement à l'anus du bout supérieur. Guérison avec récupération des fonctions ano-rectales sans incontinence (*Société de Chirurgie de Lyon*, 15 juin 1911, page 350; *Lyon Médical*, 15 juin 1911, page 1217).

— Cure idéale du cancer du haut-rectum et de la partie inférieure de l'anse sigmoïde chez la femme (*Lyon Médical*, 1912, page 1216).

BÉRARD (L.). — Statistique sur les résultats opératoires dans le cancer du rectum (*in thèse Chalié*, Lyon, 1909, p. 393).

BÉRARD (L.) et CHALIER (A.). — Etude critique de la dérivation préalable, temporaire ou définitive, des matières dans le traitement chirurgical du cancer du rectum : indications et méthodes (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} novembre 1909, p. 651).

— Cancer du haut-rectum; résection du rectum par la voie coccygienne; guérison datant de plus de quatre ans, avec conservation parfaite des fonctions sphinctériennes (*Lyon Médical*, 1912, p. 99).

BOECKEL (J.). — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum et de l'S iliaque d'après une statistique comprenant 50 observations personnelles (*XI^e Congrès de Chirurgie de Paris*, 1897).

CHALIER (A.). — Traitement chirurgical du cancer du rectum. Technique, résultats, indications (*Thèse de Lyon*, 1909).

CHALIER (A.) et PERRIN. — Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum (*Lyon Chirurgical*, 1913).

CHARDON (D.). — De l'extirpation transanale du rectum avec conservation du sphincter (*Thèse de Lyon*, 1906).

CHATON. — Cancer du rectum extirpé par voie abdomino-périnéale en un temps (*Paris Chirurgical*, 1917).

CUNÉO (B.). — Ablation du cancer du rectum (*Journal de Chirurgie*, Paris, 1908).

DEJEUX. — De l'hystérectomie totale dans le cancer recto-sigmoïde chez la femme (*Thèse de Lyon*, 1908).

DELBET (P.). — Résection abdomino-périnéale du rectum pour épithélioma (*Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1915, p. 2512).

— Cancer de la portion ampullaire du rectum, essai d'extirpation par le périnée; impossibilité d'abaisser le rectum; anus contre nature dans un deuxième temps. Opération abdomino-périnéale. Guérison (*Gazette des Hôpitaux*, Paris).

DELBET (P.) et BRÉCHOT. — Maladies de l'anus et du rectum (*Nouveau traité de chirurgie*, Paris, 1916).

DUVAL. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1920, Bul. n° 21.

GAUDIER (H.). — Traitement du cancer du rectum; nouveau procédé d'extirpation totale abdomino-périnéale (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Paris, 1897).

GOUILLOU. — Deux cas d'entérectomie pour cancer du gros intestin (*Province Médicale*, Lyon, 1901).

— Un cas de cancer du rectum opéré chez l'homme par la voie abdomino-périnéale (*Bull. Soc. de Chir. de Lyon*, 1904).

— De l'amputation abdomino-périnéale du rectum cancéreux (*Lyon Médical*, 1904, p. 169).

— Discussion sur le traitement du cancer du rectum de la portion péritonéale (*Société de Chirurgie de Lyon*, 21 avril 1907, p. 794).

— De l'amputation abdomino-périnéale du rectum; résultats éloignés et modification opératoire (*Société de Chirurgie de Lyon*, 1907).

— Amputation abdomino-périnéale avec hystérectomie (*Bull. Soc. de Chir. de Lyon*, 1908, p. 62).

— Cancer du haut-rectum; entérectomie (procédé de Tixier) (*Lyon Médical*, 1908, p. 597).

JABOULAY. — Cancer du rectum opéré par le procédé en deux temps sans trace de récidive deux ans et demi après l'intervention (*Lyon Médical*, 1907).

— Opération en trois temps pour cancer du rectum; premier temps: établissement d'un anus iliaque latéral; deuxième temps: résection du néoplasme rectal; troisième temps: suppression de l'anus iliaque (*Lyon Médical*, 1907, p. 418).

LAGOUTTE. — Ablation abdomino-périnéale du rectum après hystérectomie et en un seul temps (*Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, 1907, p. 282).

— Cancer du haut-rectum. Amputation abdomino-périnéale, avec conservation du sphincter anal, chez l'homme (*Société de Chirurgie de Lyon*, 1^{er} juillet 1911).

— Extirpation du rectum cancéreux par voie combinée chez l'homme (*Lyon Médical*, 1914, p. 1332).

- LERICHE. — Cancer de l'ampoule rectale adhérent au vagin. Ablation abdomino-périnéale avec hystérectomie (méthode d'Albertin) (*Société de Chirurgie de Lyon*, 1^{er} août 1912, p. 234).
- MANUEL (P.-R.-M.-A.). — De l'extirpation du cancer du rectum par la voie combinée (*Thèse de Nancy*, 1904).
- MONDOR. — Contribution à l'étude du cancer du rectum. Amputation abdomino-périnéale du cancer du rectum (*Thèse de Paris*, 1914).
- PAUCHET (V.). — Ablation du cancer du rectum par la voie combinée (type moyen) (*Clinique, Paris*, 1908, p. 693).
- POLLOSSON (M.). — De l'anus iliaque préliminaire dans le traitement du cancer du rectum (XI^e Congrès de Chirurgie, 1897, 21 octobre, p. 584).
- QUÉNU. — *Chirurgie du Rectum*, tome II, 1898.
- Des résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux par la voie abdomino-périnéale chez la femme (*Société de Chirurgie de Paris*, 1902, p. 812).
- Discussion sur le procédé de M. Schwartz sur les cancers du rectum (*Société de Chirurgie de Paris*, 1920, bulletins numéros 26, 27, 29).
- RICHARD (G.). — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux chez la femme, après hystérectomie abdominale totale; rappel de technique opératoire (méthode Tixier) (*Thèse de Lyon*, 1921).
- SCHWARTZ, CUNÉO, OCKINCZIE. — Discussion du procédé Schwartz (*Société de Chirurgie de Paris*, 1920. Bull. n^{os} 26, 27, 29).
- SCHWARTZ (A.). — Cancer du rectum opéré par la méthode abdomino-périnéale (Rapport de Quénu) (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1913).
- SAUTELET (E.). — Amputation périnéale du rectum par le procédé de Hartmann (*Thèse de Paris*, 1904).
- TIXIER (L.). — Enorme cancer sus-ampullaire du rectum. Ablation en deux temps par la voie abdomino-périnéale avec hystérectomie totale (*Société de Chirurgie de Lyon*, 10 janvier 1907; *Lyon Médical*, 24 mars 1907, p. 579).

- Sur le cancer du haut-rectum et du bas-côlon pelvien. Considérations thérapeutiques (*Société de Chirurgie de Lyon*, 24 janvier 1907 ; *Lyon Médical*, 11 avril 1907).
- Cancer sténosant du haut-rectum. Hystérectomie abdominale totale permettant l'entérectomie et l'entérorraphie circulaire. Rétablissement des fonctions intestinales. Guérison (*Société de Chirurgie de Lyon*, 21 novembre 1907 ; *Lyon Médical*, 22 décembre 1907).
- Entérectomie pour cancer du haut-rectum ; invagination colo-rectale à la Hochenegg ; rétrécissement cicatriciel ultérieur ; hystérectomie abdominale totale permettant une anastomose colo-rectale au bouton de Lar-dennois ; fistule colo-vaginale ; colpoeléisis ; guérison (*Société de Chirurgie de Lyon*, 2 avril 1908 ; *Lyon Médical*, 1908, p. 131).
- De l'hystérectomie abdominale totale systématique dans le traitement du cancer du rectum et du côlon pelvien (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} février 1911, p. 135-144).
- Cancer du rectum (*Lyon Chirurgical*, 1914-1915, p. 389).

VILLARD. — De l'extirpation transanale du rectum cancéreux avec conservation du sphincter (*Bull. Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1905, p. 216-226 ; *Lyon Médical*, 1905, p. 232-241).

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
HISTORIQUE.....	11
CHAPITRE I. — Anatomie topographique	17
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	27
CHAPITRE III. — Symptomatologie et moyens de diagnostic.	37
CHAPITRE IV. — Indication de la voie abdomino-périnéale. — Ses avantages	47
CHAPITRE V. — Opérations élargies par la voie abdomino- périnéale.....	51
CHAPITRE VI. — Technique opératoire.....	59
Résultats immédiats et éloignés	65
A. — Suites immédiates.....	65
B. — Suites éloignées. — Résultats définitifs	66
OBSERVATIONS	71
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE	91
